

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :  
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**

Nom et prénom : **BENHAR Laibi**

Matricule : **620** N° CIN : **B 450436**

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **J. CARION** Spécialité : **Endocrinologue**

N° ICE : N° INPE : **091 039 412**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **ZAD ep BENHAR Khedya**

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

**DMD depuis 2016 - 07/06/23 HbA1c = 6,50%**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**glu caplog 500 = 2400j -**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Cose** le **07/06/23**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. CARION BELQADI Joelle  
ENDOCRINOLOGUE  
119, Bd. Bir Anzarane  
Marrakech - CASABLANCA



En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées