

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom :

KHATIB HASSIDA

Matricule :

3162

N° CIN :

B 410976

Adresse :

Angle BD Alexandrie et Pasteur Penid. LENA II 3C

Bénéficiaire de soins :



Adhérent



Conjoint



Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigné :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

KHATIB

HASSIDA

Nécessitant un traitement d'une durée :



3 mois



Entre 3 et 6 mois



A vie

gno / penid

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

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Diabète + Antihypertenseur + Insuline
basal + sautyl

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : ORA

le / /

Cachet et signature du médecin traitant :

Professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anouar
et Abdelmoumen n° 313 - Casa - Tél: 05 22 22 11 11

* Cette déclaration est renouvelable une fois

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