


par
soumisi

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	ELGHAZOU LI RABIA
Matricule :	1999
N° CIN :	A18969
Adresse :	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité : Endocrinologue
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mlle, M. ou M. :	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> > 6 mois	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : Diabète de type 2 insulino-dépendant + hypertension artérielle	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : voir ord. - C. J. H.	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	le 03-10-2023
Cachet et signature du médecin traitant :	
	

Pr. Jamal BELKHADIR
Endocrinologue-Diabétologue
28, Avenue de France, Agdal-Rabat
Tél: 00212 537 77 33 41

MUPRAS
13 OCT. 2023
ACCUEIL
C. N. H.

* 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.