

**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 :

SARINE FATIMA EP ELMOUNI

Matricule :

00942

N° CIN :

Adresse :

M, Rue Abbas Jakhoul Elakhd B Zizani

Bénéficiaire de soins :

☐ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Dr. JAR HAZOU ANITA

Spécialité :

Medecin Generaliste

N° ICE :

N° INPE :

091079640

Certifie que Mlle, Mme, M. :

SARINE Fatima ep EP ELMOUNI

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 :

→ DIABETE Insulinodépendant H1A,  
- HbA1c 6,40 sous traitement  
insuline 0,75 Oubé 11,5

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

→ Cardix 6,25g  
→ Triatec 5mg  
→ Albec 5mg

- Calisopropol 100g  
→ Novo RAPID Flex Pen.  
→ Levenni Flex PEN.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca

le

123/11/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Amina JAI HOKT  
Médecine Générale Allergologie  
137, Bd Moulay Youssef - CAS

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

