

**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 : **SLANNI RACHIDA**

Matricule : **2385**

N° CIN : **C 4132**

Adresse : **Lot cannita Rue 2 n°43 Hay Knemat**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigné

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : **Slanni Rachida**

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 :

**Diabète type 2
syndrome**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**Insuline type 2
et 8k/10**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **01/08/2024**

Cachet et signature du médecin traitant

Docteur Otman TAZI
Endocrinologie - Diabétologie
Nutrition
293 Bd Mohammed VI, 10000 Rabat
Tél : 05 22 00 41 90 - 05 22 00 50 00

MUPRAS
01 FEV. 2024
BOUZARHANE

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