

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

| Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit | |
|--|--|
| Nom et prénom : | |
| Matricule : | N° CIN : |
| Adresse : | |
| Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | |
| Partie réservée au médecin traitant | |
| Je soussigne : Dr. HRICHI Rachid Médecin Généraliste 295, Av Oued Tansit Cité El Oulfa Casa - Tél : 06 66 80 76 66 INPE : 091076893 | Spécialité : N° INPE : INPE : 091076893 |
| Certifie que Mlle, Mme, M. : NASSS FATSMA | |
| Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie | |
| Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : • Patiente diabétique type II depuis plus de 05 ans • Glycémie à jeûn = 3,42 g/l | |
| Dont ci-joint ordonnance : | |
| Traitement prescrit : ADO 7g | |
| Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Fait à : Casablanca le 07/03/2022 | |
| Cachet et signature du médecin traitant :  Dr. HRICHI Rachid Médecin Généraliste 295, Av Oued Tansit Cité El Oulfa Casa - Tél : 06 66 80 76 66 INPE : 091076893 | |



* 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

