
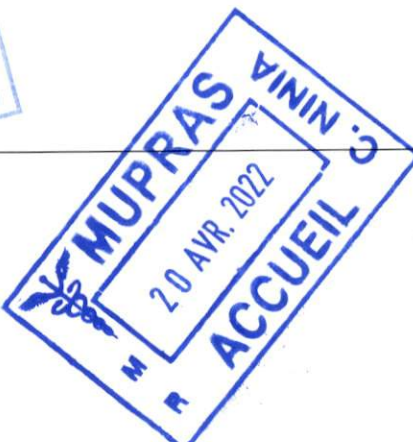



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	M ^{me} OUDABBA Fahme
Matricule :	6727 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 :	Spécialité : MÉDECINE GÉNÉRALISTE
N° ICE :	N° INPE : 071078178
Certifie que Mlle, Mme, M. : OUDABBA Fahme	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input checked="" type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
<p>- Ed Polyuro polydipsique</p> <p>- Bêta hémoglobine = GA7 = 1,41 / HbA1c = 6,70%</p>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : METFORMINE  	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	Casablanca le 19/04/2022
Cachet et signature du médecin traitant :	
	

* 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