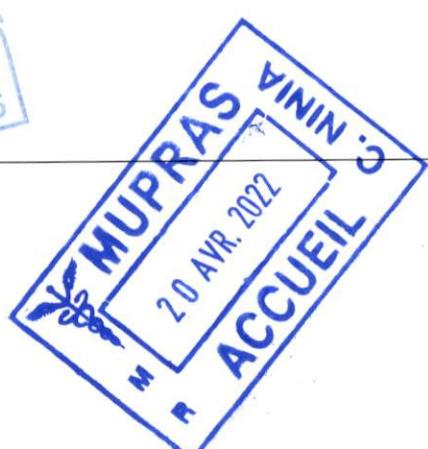


DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	<i>OUDARBA Fatima</i>
Matricule :	<i>6727</i>
Adresse :	
Bénéficiaire de soins :	<input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	<i>Dr. RACHOUI Loucna Lot. Moulay Thami N°6 Oulfa</i>
N° ICE :	<i>Tél.: 05 22 93 11 25</i>
Spécialité :	<i>MÉDECINE Générale</i>
N° INPE :	<i>071078178</i>
Certifie que Mlle, Mme, M. :	<i>OUDARBA Fatima</i>
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 :	
<i>- Ed poly uré poly diphospho - Blé bilogique = GFR = 1,41 / HbMr = 6,70%</i>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	
<i>METformine</i> 	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	<i>Cas le 19/04/2022</i>
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 garantie la confidentialité des informations communiquées