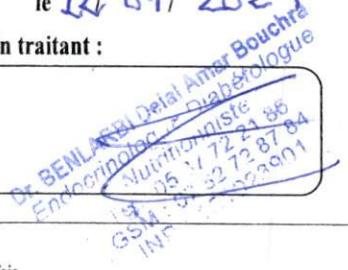


DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	KTIRI JAOUAD
Matricule :	7008
N° CIN :	616263
Adresse :	5 RES RIM N°12 QURTIER SAID HAFI SALE
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. :	INP 101023901
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 :	
Diabète envahissant de poche	
Dont ci-joint ordonnance :	22 JAN 2024
Traitemen prescrit :	Lantus + Avandate + Banalell + Metformine
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : SALE le 22/01/2024	
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