

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : *Monfrith Djina*

Matricule : *02602* N° CIN : *B - 54 646-*

Adresse : *A - 252 - 01. EL Soufa Am - Tanger*

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Dr Hanza JAMI* Spécialité : *Médecin généraliste*

N° ICE : N° INPE : *INPE: 061253688*

Certifie que Mme, Mme, M. : *Monfrith Djina*

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 :

polyurie polydipsie HTN = 61,9 CT = 2,18

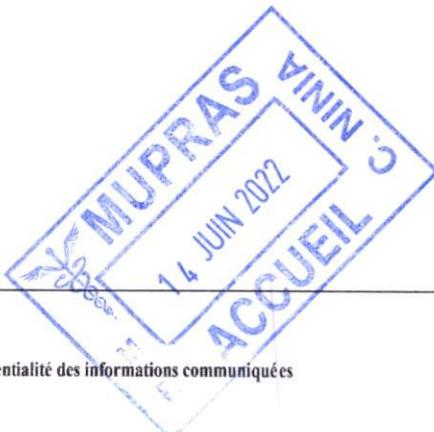
Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : *Triplixan 10, 20, 5 Amarel 2 metformine 1000 Sincor 20, Banedelle + lancet*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Douar* le *09/06/2022*

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 garantie la confidentialité des informations communiquées