

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

| Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit   |  |  |
|---|--|--|
| Nom et prénom :   | BENDAOUD EL BERKAY   |  |
| Matricule :   | 2437   | N° CIN : F57356  |
| Adresse :   | Rue 562 N° 1 Tarant Inezgane   |  |
| Bénéficiaire de soins :   | <input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |  |
| Partie réservée au médecin traitant   |  |  |
| Je soussigne :  | Spécialité :   |  |
| N° ICE :  | N° INPE :  |  |
| Certifie que M <sup>me</sup> , M <sup>me</sup> , M <sup>r</sup> :   | FATHI Khouja   |  |
| 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 :   |  |  |
| Diabète polyurie atrophie.<br>Glycémie : 1,20 (28/6/2022)<br>HbA1c : 6,5%.  |  |  |
| Dont ci-joint ordonnance :  |  |  |
| R. Sulfam 1000 mg - LD-NOR 40 mg -<br>Diamicron 60 mg x 21  |  |  |
| Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables  |  |  |
| Fait à :  | Tanger le 28/06/2022   |  |
| Cachet et signature du médecin traitant :   |  |  |
| <br><b>Dr. Abdessalam ELHOUDAICUI</b><br>Médecine Générale<br>INPE : 041066317 |  |  |
| <br>MUPRAS<br>ACCUEIL<br>27 JUL 2022<br>C. NINIA                             |  |  |

\*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