

MUPRAS DEPLOIE SES AILES POUR VOUS PROTEGER

## **DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS**

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	Zorafi Mohamed
Matricule :	5738
	N° CIN :
Adresse :	
Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
<b>Partie réservée au médecin traitant</b> DR. FERRAJRAJI Zineb <small>Endocrinologue Diabétologue Dr. Ferrajraji Moulay Youssef et Dr. Bouakaz Résidence MIFARAK 1er étage N°3 - Casablanca Tél : 05 22 26 52 11</small>	
Je soussigne :	Spécialité : <input type="checkbox"/>
N° ICE :	N° INPE : <input type="checkbox"/>
Certifie que Mlle, Mme, M. : Zorafi Mohamed.	
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 type 2 + HTA	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	<i>metformine</i> ,
	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	le 30/8/22
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