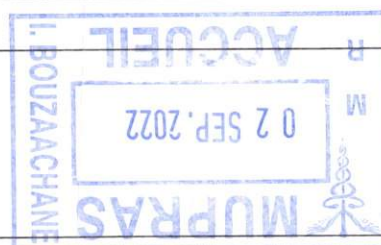


DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : Zovafi Mohamed	
Matricule : 5738	N° CIN :
Adresse :	
Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne : DR. FERRAJRAJI Zineb Endocrinologue Diabétologue 723, 6ème Etage Moulay Youssef et Rue Soukral Résidence MUPRAS 1er étage M°3 - Casablanca Tél : 05 22 26 52 11	Spécialité : DR. FERRAJRAJI Zineb Endocrinologue Diabétologue 723, 6ème Etage Moulay Youssef et Rue Soukral Résidence MUPRAS 1er étage M°3 - Casablanca Tél : 05 22 26 52 11
N° ICE :	N° INPE : 091018382
Certifie que Mlle, Mme, M. : Zovafi 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 : insuline	
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 garantit la confidentialité des informations communiquées