

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : *Dififi Fathia.*

Matricule : *1127* N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

DR.ERRAJRAJ Zineb

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Endocrinologue Diabetologue*
131 Angle Beulah et Montay Youssef et Rue Romdhane
Résidence MUPRAS 1er étage N°3 Casablanca
Tél : 05 22 26 52 11

N° ICE :

Spécialité :

N° INPE : *091018382*

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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 :

*Diabète type 2 + insuline
+ hypothyroïde*

Dont ci-joint ordonnance :

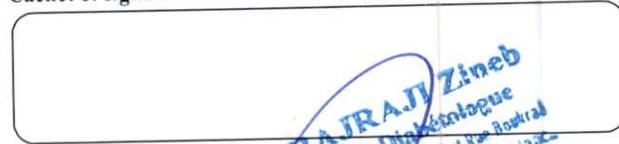
Traitement prescrit :

insuline.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *ca* le *2/9/22*

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