

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : ABDALLAH EL RHASSOULI	
Matricule : 7697	N° CIN : H 66579
Adresse : HAJ FATH 5 N°19 OULFA CASA	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne : Dr. ARBAOUI BATAL FATHA Spécialité : Endocrinologie diabétologie	
N° ICE : 001714969000048	N° INPE : 091046169
Certifie que Mlle, Mme, M. : M. EL RHASSOULI M. M.	
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 Sucre	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Insulinothérapie	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : Casa	le 25/10/22
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