

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	RACHID. BRAHIM.
Matricule :	2424
N° CIN :	B66340
Adresse :	N° 77 Rue 10 AL HADIKHA S. M, EL BERNOUSSI
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Dr BENKIRANE SIHAM Spécialité : Généraliste
N° ICE :	N° INPE : INPE:091023838
Certifie que Mlle, Mme, M. :	RACHID. BRAHIM.
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 :	
Bilan biologique.	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	Metformine.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	Casa le 13 Octo 2022
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