

## 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 : **B 66 340**

Adresse : **N° 77 Rue 10 AL HADIKA S. M. EL BERNOUSSI**

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

### Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr BENKIRANE Siham** Spécialité : **Généraliste**

N° ICE :  N° INPE : **INPE:091023838**

Certifie que **Mme, Mme, M. : RACHID BRAHIM.**

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 :

**Bilan biologique.**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements 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 garantie la confidentialité des informations communiquées