

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : *DENNOURI MOSTAFI*

Matricule : *3710*

N° CIN : *B. 121 913*

Adresse : *02, RUE DU TIGRE RESIDENCE SAMIA S.GTA. APP N° 11
MEHS SULTAN CASA -*

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Dr. Tazi Othman*

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : *= Dr. Tazi Othman*

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

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

*Foxiga 10
Metformine*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le

13 Novembre 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