

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6
MOIS

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	BAHLLOURI KHADIJA
Matricule :	1786 N° CIN : B68180
Adresse :	4 Rue Mohamed EL HAYANI Franceville 2 ORSA
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE : 00714969000048	N° INPE : 091046169
Certifie que Mlle, Mme, 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 Suivi	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Insuline + ADO	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	
Fait à :	Casa le 09/05/2022
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