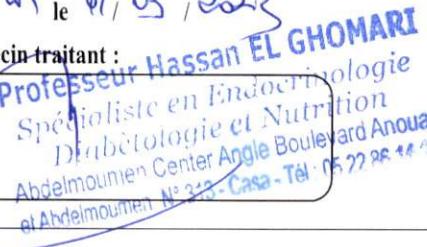


DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

| Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit | |
|---|---|
| Nom et prénom : <i>RE SOUHAÏL LANCEEN</i> Matricule : <i>6993</i> N° CIN : <i>012154</i> Adresse : <i>WARA1 IMM2 AL WIAM 1B9 oufA - CAFSA</i> | |
| 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 : | N° INPE : 091028506 |
| Certifie que Mlle, Mme, M. : <i>RE SOUHAÏL LANCEEN</i> | |
| 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 <i>Diabète de type 2 + maladie pulmonaire</i> |
| Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : <i>G1 = 9,5</i> <i>HbA1c = 10,1%</i> <i>G1 = 11,06</i> <i>HbA1c = 8,5%</i> | |
| Dont ci-joint ordonnance : | |
| Traitement prescrit : <i>un ordonnance</i> | |
| Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Fait à : <i>CASABLANCA</i> le <i>01/03/2023</i> | |
| 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