

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : *EL RHASSOULI ABDELLAH p Nour*

Matricule : *7697*

N° CIN : *H193789.*

Adresse : *HADJ FATHI HABIBI FAITHI NO 19 ou LFA CASA*

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Dr. ABDERRAHIM FAITHI* Spécialité :

N° ICE : *091046169* N° INPE : *091046169.*

Certifie que Mle, Mme, M. : *EL RHASSOULI NORA*

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 sucré



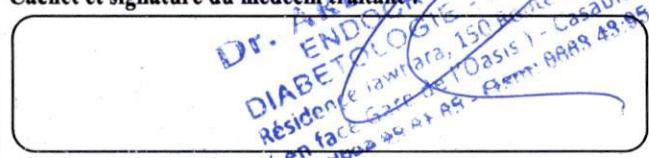
Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : *Insulinothérapie*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Cas.* le *09.03.2023*

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