

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 :

Mme SLAMNI RACHIDA

Matricule :

2385

N° CIN :

C4132

Adresse :

Lot Camilla Rue 2 N° 43 Hay Kneimat

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Mme SLAMNI RACHIDA

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 :

Sabote type 2 + dyslipidémie

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le

28/05/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

Docteur Otman TAZI
Endocrinologie - Diabétologie
Nutrition
293 Bd Abdelmoumen 1er Marjane
20000 Fes
Tél : 05 22 66 56 54

RECEVU
13 MAR 2023
A. AARIZA

* 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