

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALIDE UN AN

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom : **ETTANOUTI MOHAMED**

Matricule : **1564** N° CIN : **B 1564 94**

Adresse : **16, Rue ELOUKHOUANE CASABLANCA**

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité : **Généraliste-Diabetologue.**

N° ICE : **Code INPE: 091262188** N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : **ETTANOUTI 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 :

HbA1c 40%

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits : **Gliclazide 500 mg Bipretorox 5/1,25**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **27/05/2023**

Cachet et signature du-médecin traitant :

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées