

Mme 7645
GT

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	OUGHNIT Abderrahim
Matricule :	7645
N° CIN :	
Adresse :	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE : 091046557
Certifie que Mme, Mme, M. RAFIK Djawad ep OUGHNIT	
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 :	
DNI, - HbA1c 7,7%.	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitements prescrits :	VDN Ordonnaute.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : Casablanca le 19/04/23	
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

RECEIVED
MAY 15 1974
HARVARD LIBRARIES
BY THE LIBRARIAN

RECEIVED
MAY 15 1974
HARVARD LIBRARIES
BY THE LIBRARIAN