

*me-6802*

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	<i>FHOUME MOUTAKI Abdallah.</i>
Matricule :	<i>6802</i> N° CIN : <i>B 316801</i>
Adresse :	<i>Jamila V Rue 113 - N°32 - C.D - CASABLANCA</i>
Bénéficiaire de soins :	<input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité : <i>INPE</i>
N° ICE :	N° INPE : <i>091248641</i>
Certifie que Mlle, Mme, M. :	<i>FHOUME Bahria.</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
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
<i>Glyc = 1,22</i> <i>CH total = 2,04</i> <i>HbA1c = 7,1</i> <i>HDL = 0,57</i> <i>urée = 0,27</i> <i>LDL = 1,15</i> <i>creat = 8</i> <i>TG = 1,39</i>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <i>Diancor 60</i> <i>Glucophage 1g</i> <i>Aspirine</i> <i>TORVAIO 8</i>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	<i>Casa</i> le <i>28/05/2023</i>
Cachet et signature du médecin traitant :	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>Dr. Oumayma BERRADA</b>            Diabétologue Nutritionniste            Jamila 4 Rue 80 N°247 Etag.1            Casablanca - Tel: 0522 564 121         </div>	



\*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