

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom : *Zouzifi Mohamed*

Matricule : *5738* N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

DR. ERRAIJAH Zinedine

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Dr. ERRAIJAH Zinedine*

Spécialité : *endocrinologie diabète*

N° ICE : *72 Avenue Gamal Abd el Nasser - Casablanca*

N° INPE : *091018382*

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Sahib Zouzifi Fadile.

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 type 2 + HTA

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

metformine

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le *27/07/23*

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