

**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 : **DENNOURI MOSTAFA**

Matricule : **3710**

N° CIN : **B. 121913**

Adresse : **02 RUE DU TIGRE RESIDENCE SAMIA SECT. APP. 11
MERS SULTAN CASA**

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : **Abdel Souliya Dr. DENNOURI**

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

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Insulinothérapie**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le

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