

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : M. ZINTI Mouloud

Matricule : 5285

N° CIN : B 24 39 13

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : M. MGHAIBI RABIA Gholou Spécialité : Medecine Interne

N° ICE :

N° INPE : 0911112920

Certifie que Mlle, Mme, M. : ZINTI Mouloud.

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
- HTA
- arthrose des genoux et fémur clé

Dont ci-joint ordonnance :

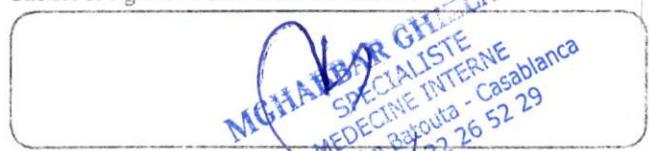
Traitements prescrits :

A mouloud 3
caclux amy
L'ISON 10/1
CDNUR 40g

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : CASABLANCA le 10/08/2023

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