

**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 : **Fouzia Daïf**
Matricule : **8499** N° CIN : **BE 94131**
Adresse : **Rue AL Boustane II rmb 81 Apt 20 Benoussi Casablanca**
Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Docteur Faraj Kaoutai** Spécialité : **Médecin Généraliste**
N° ICE : **Tél : 05 22 73 25 47** N° INPE : **091 189 464**
Certifie que Mlle, Mme, M. : **Fouzia Daïf**
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 :

polyurie, polydipsie, Neuropathie diabétique
fatigue, Nulrit **GI = 114** **HbA1c = 6.18**
TA = 1.65

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **forxiga**
Alip 25
Leptorwa 20

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **15/09/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

Docteur Faraj Kaoutai
Médecin Généraliste
Tél : 05 22 73 25 47



En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées