

**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 : **SADOUK MINA**
Matricule : **9681** N° CIN : **BH 179636**
Adresse :
Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **D^r EDHMAN RADA** Spécialité : **Diabétologue**
N° ICE : N° INPE : **091045849**
Certifie que Mlle, Mme, M. : **SADOUK MINA**
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 :

**HbA1c = 7,2% -
glyc = 2,17
glyc 2h = 2,08/l**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **odis 3mg + ADO 2g.**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASA** le **12/12/23**

Cachet et signature du médecin traitant :

Docteur Raja EDHMAN
Médecine Générale - D.U. Diabétologie
D.U. Échographie Générale
91, Rue 17 Hay Mokhtar Soussi Mebrouka
Casablanca - Tél: 05 22 38 01 50

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