

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom :	KTIRI MINA NE SAIZI		
Matricule :	7008	N° CIN :	A 542 636
Adresse :	5 RES RIM N°12 QUARTIER SAID HAJI SALE		

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. :	

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 :

DT2

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

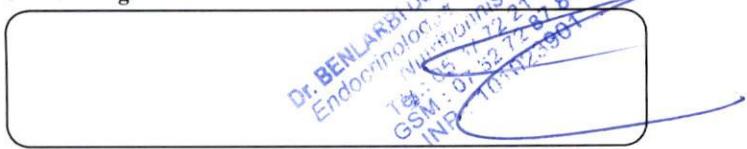
GALVUS 50 mg
DIAPOV 50 mg



Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : SALE le 22/01/2024

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 garantie la confidentialité des informations communiquées