

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : *Kalmanss Mohamed*

Matricule : *AE84*

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité : *Docteur ERRAJRAJI Zineb*

N° ICE :

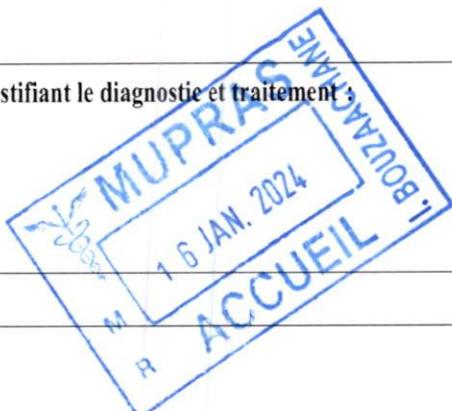
N° INPE : *ENDOCRINOLOGUE DIABETOLOGUE*
INP 091018382

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Kalmanss Mohamed*

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 :

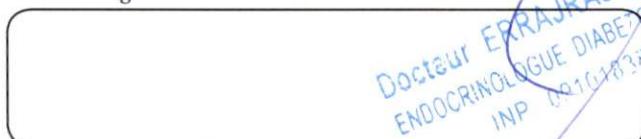
Traitements prescrits :

metformine .

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *cvr* le *28/12/23*

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