

**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 :

GURICHAT MOHAMED

Matricule :

08242

N° CIN :

Adresse :

Vie A

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Dr TALIB

Spécialité :

DIABETOLOGIE

N° ICE :

0018562500079

N° INPE :

09164335

Certifie que Mlle, Mme, M. :

GURICHAT 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 :

HBA1C : 10,6

GA : 2,09

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

GALVUS M15 501876 - (1 - 0 - 1)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le 27 FEB 2024

Cachet et signature du médecin traitant :


DR TALIB HASSAN
OMNIPRATICIEN
025175741/0663.866.610

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