

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : *Mohajir Said*

Matricule : *5985* N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

### Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Dr. Mostafa Benmimoun* Spécialité : *Médecine Interne*

N° ICE : *001700978000087* N° INPE : *INP: 091166298*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *MOUHAJIR Said*

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 insulino-dépendant et Hypothyroïdie*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits : *Novomix Flexpen + NovoRapid*  
*Levothyrox*  
*Entalifloking*.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casablanca* le *08 MAR. 2022*

Cachet et signature du médecin traitant

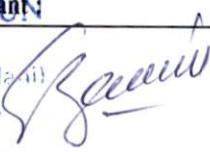
Docteur Mostafa BENMIMOUN

MEDECINE INTERNE

27, Rue Ilya Abou Madi (Bd B. Roudani)

Casablanca - Tél: 0522 29 82 28

091166298




\*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