

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : *Menes Fatime*

Matricule :  
N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité : *Endocrinolo*  
Dr Bouchra Abdou El Hassam  
Ad Mohamed Zekri, Résidante Atayane 1  
N° ICE : N° INPE : *091028448*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Mme Menes Fatime*

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*

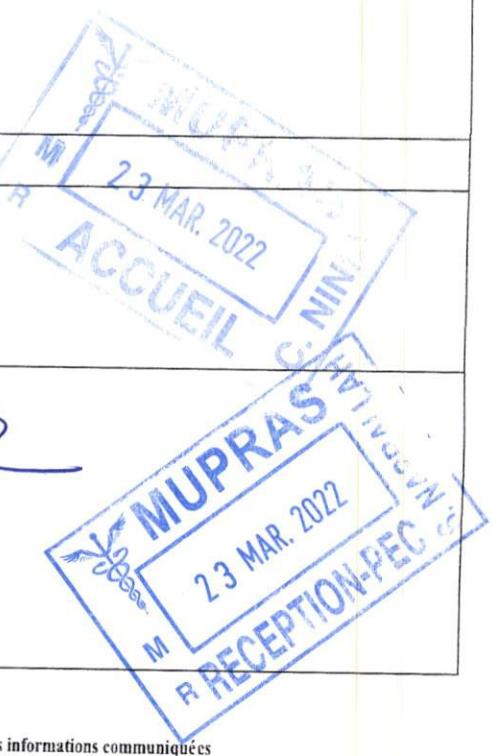
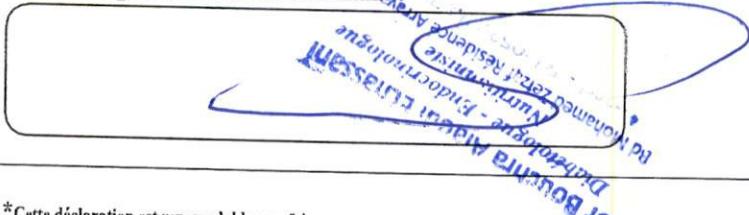
Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : *ADO.*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casablanca 01/03/2022*

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