

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : **Manas Fatime**

Matricule : N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité : **Endocrinologie**

N° ICE : N° INPE : **091028448**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **Mme Manas 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** le **01/03/22**

Cachet et signature du médecin traitant :

[Signature and stamp of Dr. Bouchna Abou Elhasan]

MUPRAS
23 MAR. 2022
ACCUEIL
RECEPTION-PEC

* Cette déclaration est renouvelable une fois

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