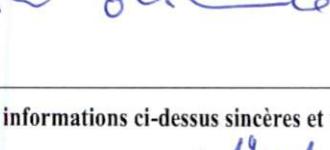




DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit		
Nom et prénom :	DRIFI Falima.	
Matricule :	1127	N° CIN :
Adresse :		
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Partie réservée au médecin traitant		
Je soussigne :	DR. FERRAJRAJI Zineb Endocrinologue Diabétologue 731. Avenue Boulaouddine Youssef et Rue Boutrat Résidence KIPAMAR 1er étage N° 3 - Casablanca Tél : 05 22 26 52 11	Spécialité : Endocrinologue diabétologue
N° ICE :	N° INPE : 091018382	
Certifie que Mlle, Mme, M. : DRIFI Falima.		
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input checked="" type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie		
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :		
Maladie type 2 + insuffisance rénale chronique + Hypothyroïdie		
Dont ci-joint ordonnance :		
Traitement prescrit :		
Médecin : <i>DRIFI Falima.</i>		
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables		
Fait à : CNA le 19/01/22.		
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



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : **DRIFI Falima**

Matricule : **1127** N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **DRIFI Falima**

Spécialité : **Endocrinologie diabète**

N° ICE : **7 0522 26 52 11**

N° INPE : **091018382**

Certifie que Mlle, Mme, M : **DRIFI Falima**

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 :

**Maladie type 2 + insuffisance rénale chronique
+ Hypothyroïdie**

Dont ci-joint ordonnance :

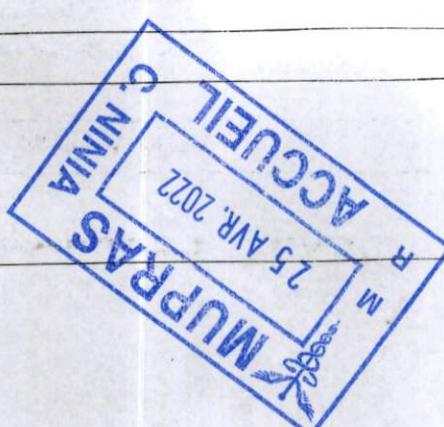
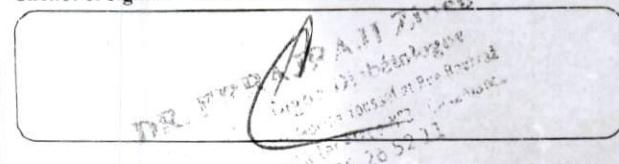
Traitement prescrit :

metformine

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **cmh** le **19/01/22**

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 garantit la confidentialité des informations communiquées