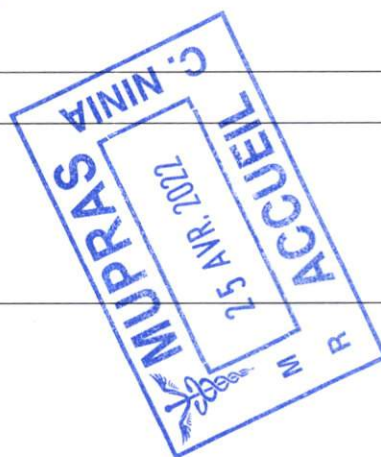


DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	DRIFI Fatima.
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 :	Spécialité : Endocrinologie diabète
N° ICE :	N° INPE : 091018382
Certifie que Mlle, Mme, M. :	DRIFI Fatima.
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 :	
diabète type 2 + insuffisance rénale chronique + Hypothyroïdie	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	
insuline	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	Cna le 19/01/22.
Cachet et signature du médecin traitant :	

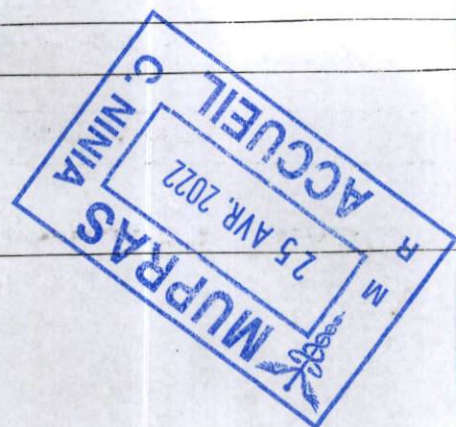


* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit 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 Fatima	
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. FERRAJI Zineb	Spécialité : Endocrinologie diabète
N° ICE : 05 22 26 52 11	N° INPE : 091018382
Certifie que Mlle, Mme, M : DRIFI Fatima	
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 : Diabète type 2 + insuffisance rénale chronique + Hypertension	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : insuline	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : ma	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