



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom : **MouBSIT Fatima**

Matricule : **3510**

N° CIN : **B 80 123**

Adresse : **Rue EL YASSAMINE Rr du Palai L n° 2 Beausejour casse .**

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **M. MOUSSIT** Spécialiste en médecine interne

Spécialité :

Tél: 05 22 27 95 24 / 06 08 47 82 05 N° ICE :

INPE: 091166579

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : **MouBSIT Fatima**

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 type II
hypoglycémie**

Dont ci-joint ordonnance : **—**

Traitements prescrits :

**Diabimé 80
levosulphamide**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le 03/08/23

Cachet et signature du médecin traitant :



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