

**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 Res. du Palais L n° 2 Beauséjour Casablanca.**

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Dr. Mounia
Spécialiste en médecine interne
Tel: 05 22 27 95 74 / 06 08 47 82 05
INPE : 091166579

Spécialité :

N° ICE :

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
Hypertension**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Diagnose 810
Levosiprène dr**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le : **05/05/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Mounia
Spécialiste en médecine interne
Tel: 05 22 27 95 74 / 06 08 47 82 05
INPE : 091166579



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