



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : *ELAÏL Hossan.*

Matricule : *00445* N° CIN : *C 11286*

Adresse : *309 AV. B. HAY MASJID CASABLANCA*

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE : *00196263202236* N° INPE : *091018341*

Certifie que Mme, Mme, M. : *ELAÏL Hossan*

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 :

*- Selon Zéro
- Diabète sucré*

Dont ci-joint ordonnance :

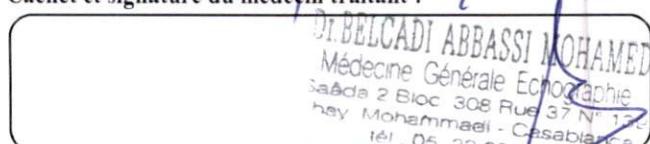
Traitements prescrits :

*- Solian 200
- Mocal 20*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casab* le *16/6/2022*

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