

7/le 2648

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : <u>OUAHNIA Abdelrahman</u>	
Matricule : <u>7648</u>	N° CIN :
Adresse :	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne : <u>Dr. MAJD EL ALAMI</u>	
N° ICE :	Spécialité : <u>31. Bd. Abdellah Senhaji Hay El Amal III - Casablanca</u>
Certifie que Mlle, Mme, M. : <u>RAFIK Nina ep OUAHIA</u>	Tél : 05 22 28 34 19 / GSM : 06 61 78 93 78
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : <u>HbA1c 7,26% gly J = 1,32 g/l gly PP 3,63 g/l</u>	
Dont ci-joint ordonnance : <u>-</u>	
Traitement prescrit : <u>voir ordonnance</u>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : <u>CASAB</u>	le <u>15/07/2022</u>
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

Handwritten text, likely a signature or date, located in the upper right quadrant of the page.

Handwritten text, likely a signature or date, located in the lower right quadrant of the page.