

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

Nom et prénom : **Mme DAIF BOUMHMDI FAUZIA**
Matricule : **8499** N° CIN : **BE 94131**
Adresse : **Al Boustane II, mb6, App 20 Bernoussi Casablanca**
Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr Faraj** Spécialité : **Médecin Généraliste**
N° ICE : N° INPE : **091 189 464**
Certifie que Mlle, Mme, M. : **Daif Fauzia**
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 :

polyurie, polydypsie
G = 1,24 HbA1c = 7,3%

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Farxiga 1cp/j**
Dioformin 1000 1cp/j

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **22/11/22**

Cachet et signature du médecin traitant :

Docteur Faraj Kaoutar
Médecin Généraliste
Tél : 05 22 73 25 47



* 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