

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

Nom et prénom : **HASSINE FAF**

Matricule : **11661**

N° CIN : **TA32321628644**

Adresse :

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité : **Endocrinologue**

N° ICE : **069815000038**

N° INPE : **091028506**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **Hassine FAF**

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 + dyslipidémie

G. 2.70 g/L  
HbA1C 6.90%

Dont ci-joint ordonnance :

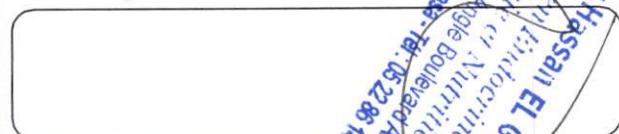
Traitement prescrit :

Thyroxine + lantus + Novorapid + Flexpen +  
Bandelette ACCU-CHEK Comfort

Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables

Fait à : **casablanca** le **14/11/2021**

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