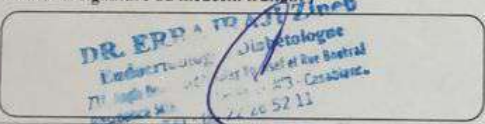


| Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit | |
|--|-----------------------|
| Nom et prénom : | HARAR ZINETTE ECHARAF |
| Matricule : | 5700 N° CIN : |
| Adresse : 12 RUE DES HIRONDELLES - Quartier Racine - Casablanca | |
| Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | |
| Partie réservée au médecin traitant | |
| Je soussigné : | Spécialité : |
| N° ICE : | N° INPE : |
| Certifie que Mlle. Muek M. résidente Tél : 05 22 26 52 11 | |
| Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input checked="" type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie | |
| Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : diabète de type 2 + glycémie élevée | |
| Dont ci-joint ordonnance : | |
| Traitement prescrit : insuline | |
| Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables | |
| Fait à : | le 13 / 05 / 22 |
| Cachet et signature du médecin traitant : | |
|  | |

^a 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