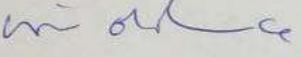
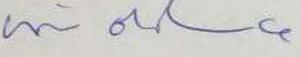
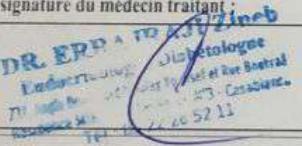


| Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit | | |
|---|---|---------------|
| Nom et prénom : | HARAR ZINETTE ECHARAF | |
| Matricule : | 5700 | N° CIN : |
| Adresse : | 12 RUE DES HIRONDELLES - Quartier Rœm - Casablanca | |
| Bénéficiaire de soins : | <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | |
| Partie réservée au médecin traitant | | |
| Je soussigne : | DR. ERRAJRAFI Zineb | Spécialité : |
| N° ICE : | DR. ERRAJRAFI Zineb Radiologue Diabetologe 12 Rue des Hirondelles - Quartier Rœm - Casablanca Tél : 05 22 26 52 11 | |
| Certifie que Mme. Mme. M. | N° INPE : DR. ERRAJRAFI Zineb Radiologue Diabetologe 12 Rue des Hirondelles - Quartier Rœm - Casablanca 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 <i>6 mois</i> | |
| Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : | | |
| <i>diabète de type 2 + goutte urate</i> | | |
| Dont ci-joint ordonnance : |  | |
| Traitements prescrits : |  | |
| Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables | | |
| Fait à : | Casablanca | le 13/05/2023 |
| Cachet et signature du médecin traitant : | | |
|  | | |

²Cette 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