

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

Nom et prénom : **Fassi Fihri Maria**
Matricule : **735** N° CIN : **B 367854**
Adresse : **52, Route d'Azemmour Res. Salsabila - Casa**
Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Abdelmoumen EL GHOMARI** Spécialité : **Endocrinologie**
N° ICE : **001663750000032** N° INPE : **092028506**
Certifie que Mlle, Mme, M. : **Fassi Fihri Maria**
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 de type 2 + HTA + dyslipidémie

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **cf ordonnance**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **15/02/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

Professeur Fessan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabète et Nutrition
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anouar
et Abdelmoumen N° 313 - Casa - Tél : 05 22 86 14 14

* 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