

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

Nom et prénom : *RAHHALI Abdellkader*
 Matricule : *2320* N° CIN : *T3210*
 Adresse : *Rue 1 N° 26 Diouf LAKRoum Mohamedie*
 Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Dr. ARRAD Ahlame*
 Médecin Généraliste
 219, Bd Oued El Makhazine
 Etg 1 Essaada - Mohammedia
 Tél: 0523 27 29 05

Spécialité : *Médecin généraliste.*
 N° INPE : *03 248 248.*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Khalidat Fatima*

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 :

HbA1c = 11. GAT = 3,5.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : *Insuline -*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables
 Fait à : *Mohammedie le 06/02/2023.*

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. ARRAD Ahlame
 Médecin Généraliste
 219, Bd Oued El Makhazine
 Etg 1 Essaada - Mohammedia
 Tél: 0523 27 29 05

*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