

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

Nom et prénom : **GRIRANE EZZEREDDAD**

Matricule : **915**

N° CIN : **BE408629**

Adresse : **106 Rue Abdessahbane SATHRAOUI, Immeuble ETG CASA  
Res. LYANTEY**

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE : N° INPE : **091028506**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **Griron ezzreddad**

Nécessitant un traitement d'une durée :  < 3 mois  Entre 3 et 6 mois  A vie

**DIMBOUT TYPE 2**

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

**GIC 11AP - HbA1c = 6,7% sur fondement**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

**un ordonnance**



Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **casablanca** le **24/05/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Professeur Hassan EL GHOMARI**  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabetologie et Nutrition  
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anouar  
el Attar Casablanca N° 313 - Casa. Tél : 0522-22-15-15

\*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