

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

Nom et prénom : **ZOUINE** **Abdelk**

Matricule : **25 25** N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **Dr. Ghita MAMOU** Spécialiste en Endocrinologie  
Diabetologie Métaboliques  
N°INPE : **1111111111111111** Spécialité :

N° ICE : **Espaces Roudani 230 Bd. Roudani 4ème Etage N°19** Casablanca Tél. : 05 22 23 70 71 N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : **ZOUINE** **Abdelk**

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

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

**HbA1c 8,6%**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **le 31/5/23**

Cachet et signature du médecin traitant :



En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées