

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

**Nom et prénom :**

Matricule : 8839

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : DR Sarah EL KHADIR Spécialité : Endocrin

N° ICE : 1112411464 N° INPE : 1112411464

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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, HbA1c 7.4% , AGOUZEL

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

Glucophage 1000 mg, Diamicrotard 500 mg, Vichozc  
Darkez Selstar, Vepren, Antihal 5 mg

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Fes le 14/04/2023

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