

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

Nom et prénom : *Zikri Azziz*

Matricule : *1212* N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE : N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Zikri Azziz* INPE : 091028506

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 :

*Demande TRM 22 + TAC*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

*W Nonneur*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Agadir* le *08/09/2023*

Cachet et signature du médecin traitant :

*Professeur Hassan EL GHOMARI*  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anouar  
et Avenue Hassan II N° 318 - Casablanca - Tel. 0522 22 78 18



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