

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

Nom et prénom : **GOURTY LHASANE**  
Matricule : **06415** N° CIN : **BE 70855**  
Adresse : **n°5, Khalil Matroun Casablanca**  
Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : Spécialité : **Endocrinologue - Diabétologue Nutritionniste**  
N° ICE : **00169743000063** N° INPE : **091130393**  
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 :

**glycémie à jeun, HbA1c, cholestérol total  
CVR, TAC, Triglycérides.**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **DIAMICRON Gouly  
Vipoxiet 29.5 / 2000  
Rosuvast 20**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **21/09/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr Zineb SLAOUI DIJOURI**  
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE  
NUTRITIONNISTE  
40, Angle Rue des Tapis Bleus et Rue Dubouil, Casa  
Tél : 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75  
INPE : 091130393 - ICE : 00169743000063

\*Cette déclaration est renouvelable une fois

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