

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

Nom et prénom : *Qudhia Azzeddine*

Matricule : *7705* N° CIN : *C137455*

Adresse : *38. BD Driss Dahmani Casablanca*

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : *Dr. NADIR Amina* Spécialité :

N° ICE : *182 Boulevard Anoual Casablanca* N° INPE :

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 Type 2*

Dont ci-joint ordonnance :

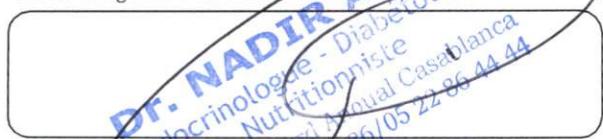
Traitement prescrit :

*HQO + Insuline*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *CASABLANCA* le *14 SEPT 2023*

Cachet et signature du médecin traitant :



\*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

