

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

Nom et prénom : *Chaabri Med*

Matricule : *3629* N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Dr Rhman TLEMCANI Fatima-zahra* Spécialité : *Endocrinologue*

N° ICE : *Adr. 38. Beldir Anzarane,* N° INPE : *Res. Hassan II Etagage 6 Maarif, casablanca*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *EL KHADEZI fatma*

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 :

IXM e = 9,21.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : *Janumet 500mg + Fortigard 10mg +*
Dianilcon 60mg.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *CASA* le *04/03/24*.

Cachet et signature du médecin traitant :

Endocrinologue
Dr. TLEMCANI Fatima-zahra
Adr. 38. Beldir Anzarane,
Res. Hassan II Etagage 6 Maarif, casablanca
Tél. 0522-22-78-15 - Fax : 0522-22-78-18 - Site web : www.mupras.com - Email : pec@mupras.com

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