

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

Nom et prénom : **Chaabi Med**

Matricule : **3622** N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **Dr Rihman TLEMÇANI Fatima-zahra** Spécialité : **Endocrinologue**

N° ICE : **Ad. 38. Bd. Bir Anzarane,** N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : **EL KHADDER Fatima**

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 :

**HbA1c = 9,2%.**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Janumet 50/1000 mg + Perxiga 10 mg +  
Diamicon 60 mg.**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASA** le **04/03/24.**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr Rihman TLEMÇANI Fatima-zahra**  
Endocrinologue  
Ad. 38. Bd. Bir Anzarane,  
6ème Etage, App. 6 Maarif, Casablanca  
Tél. : 0522 307 930

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