

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

Nom et prénom : *Khabbaz Abdouasser*

Matricule : *09342*

N° CIN : *Bj 122675*

Adresse : *Lot Nassim Residence Ghita 1 bat 168 n°13  
Casablanca*

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

*Dr. Mohamed DOUKKALI*  
Médecine Générale  
Tél: 0522 032 190 - Had Soualem

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE : *061 26 33 23*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Khabbaz Abdouasser*

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 : 7,74*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

*Glucophage 500mg  
Fingilyse 1%*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : le / /

Cachet et signature du médecin traitant :

*Dr. Mohamed DOUKKALI*  
Médecine Générale  
Tél: 0522 032 190 - Had Soualem



\* 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