

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

Nom et prénom : **ZITOUR ILHAM**Matricule : **17925** N° CIN : **17305190**Adresse : **Diam El Mezah GH25 Im 3 N°20 Casablanca**Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

## Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE : 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 1**

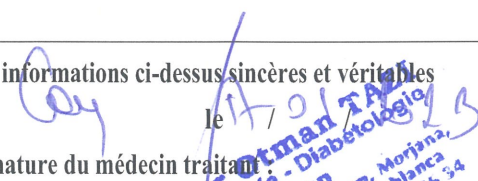
Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Cas** le **17/05/2022**

Cachet et signature du médecin traitant


**Docteur Otman TAZI**  
 Endocrinologue - Diabétologue  
 Nutrition  
 203 Bd. Abdelmoumen, Im. Morjana,  
 2ème Etage, Apt. N° 4 - Casablanca  
 Tél : 05 22 86 41 90 - 05 22 86 56 34

\* 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