

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

Nom et prénom : **MERNISSI Asolela ZIZ (CAB Retraite)**

Matricule : **1310** N° CIN : **Bdu 215**

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **DR. FERRAJI Tamez** Spécialité : **Endocrinologue Diabétologue**

N° ICE : **737, Avenue Mohammed VI, Casablanca** N° INPE : **091018382**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **BOUTI Ep Mernissi Fatiha**

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 de type 2**

**Dont ci-joint ordonnance :**

Traitement prescrit : **insuline**

**Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables**

Fait à : **Casa** le **15/2/23**

Cachet et signature du médecin traitant :

**DR. FERRAJI Tamez**



\* 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