

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

Nom et prénom : EL OUJANI MOHAMED

Matricule : 02459

N° CIN : B65054

Adresse : N°77 LOT. HAMZA SIDI MAAROUF CASABLANCA

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE : 001714969000048

N° INPE : 091046169

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 Sucre

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

ASO

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Cas* le 26/7/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

[Signature]

DR. ABDOU EL KHALIL
DIABÉTOLOGIE - NUTRITION
Région de Casablanca - Casablanca
Tél : 0522-22-78-15 - Fax : 0522-22-78-18

* 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

