

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

Nom et prénom :

*SAMINE fatima ep EL Moumni*

Matricule :

*00942*

N° CIN :

Adresse :

*M, Rue Abdesse Rahmou Elakkad Bd Ziroua*

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : *DJAÏF HAJRI AÏNA*

Spécialité :

*Médecin Généraliste*

N° ICE :

N° INPE : *091079640*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *SAMINE Fatima ep EL MOUMNI*

Nécessitant un traitement d'une durée :

< 3 mois

Entre 3 et 6 mois

vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

*→ DIABÈTE INTRINSIQUE (+) HIA,  
- HS glyc. 6,40 sous traitement  
mee 0,75 ordre 11,5*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

*→ Cardia 6,25g  
→ Triatec 5mg.  
→ Allactil 5mg.*

*- Calisoyne 100mg  
→ Novo API D Flex Pen.  
→ Leveniti Flex PEN.*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casablanca* le *123/11/2023*

Cachet et signature du médecin traitant :

*Dr. Amina JAI HOKI*  
Médecine Générale Allergologie  
137, Bd Moulay Youssef - CASA

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

