

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

Nom et prénom : **Zohra Zemauri**

Matricule : **4138**

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : **Zohra Zemauri**

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 = 8,5%

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :


**Amarel 4mg 14 et deux
Janumet 50/1000 : 2 x 1 - sls**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le 04/01/2023

Cachet et signature du médecin traitant :



* 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