

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

Nom et prénom : *6415*

Matricule : *WALACE HASNAA* N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Docteur Zineb SLAOUI DIOURI
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE
NUTRITIONNISTE

Je soussigne : *40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, Casa*

Tél : 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75

N° ICE : *001697433000063* N° INPE : *09180393*

INPE : 001697433000063 - ICE : 001697433000063

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 :

Clestan 10, Diambion 60mg, Plafamint 6000

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casa* le *4 / 3 / 2013*

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 garantie la confidentialité des informations communiquées