

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

Nom et prénom :

Selmanni

Matricule :

7950

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins :

☐ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigné :

Spécialité :

Diabète de type 2

N° ICE :

N° INPE :

09183731

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 Type 2

HbA1c = 8.30%

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

- Janmet 50/1000 + Janclac 10mg
- Amarel 4mg

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Casa

le 30/03/23

Cachet et signature du médecin traitant :

[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

