

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

Nom et prénom :

HASNA

Matricule :

6415

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Docteur Zineb SLAOUI DIOURI**  
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE  
NUTRITIONNISTE

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigné :

Spécialité :

N° ICE :

091530393

N° INPE :

091530393

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 4 cholestérol

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Diafamine 1000, Diamicon Gorg,  
Gester 10 Cardio-Aspirine

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Casa le 15/6/2022

Cachet et signature du médecin traitant :

**Docteur Zineb SLAOUI DIOURI**  
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE  
NUTRITIONNISTE  
40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, Casa  
Tél : 0522-20-45-45 / 0522-22-78-15 - Fax : 0522-22-78-18 - Site web : www.mupras.com - Email : pcc@mupras.com  
INPE : 091530393 - ICE : 091530393



\* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 88-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées