

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

Nom et prénom : *ELAÏL Hassan*

Matricule : *000445* N° CIN : *C 11286*

Adresse : *309 AV. B. HAY MASJID CASABLANCA.*

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : *D. BOUAFIA M'hamed* Médecin Néphrologue Chef de Service d'Hémodialyse Polyclinique CNSS Dab-Ghalla INPE : 091255216 Spécialité :

N° ICE : *98120086* N° INPE : *98120086*

Certifie que Mlle, Mme, M. :

El Aïl HASSAN

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 :

*HTA - HT - Diabète + IRL suivi de diabète  
Glycémie quotidienne 18 g/dL nfc - suivi / suivi  
ECHO, ECG, maladie de l'œil + HBP*

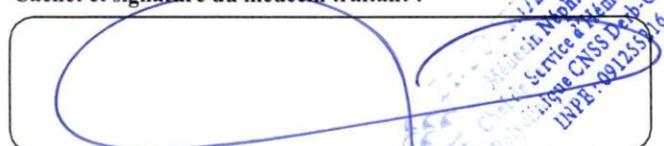
Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits : *- donlix - upew - opini - stolice -  
fixigo - civeyl - flelix et autres -*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *CHU* le *10/11/2018*

Cachet et signature du médecin traitant :



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