

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

Nom et prénom : **DENNOUDI MOSTAFA**

Matricule : **3710** N° CIN : **R. 121913**

Adresse : **02 RUE DU TIGRE RESIDENCE FAMILIA SIDI EL HASSAN APPARTEMENT 11 MER SULTAN CASABLANCA.**

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité : **Docteur Otman TAZI**

N° ICE :

N° INPE : **091152397**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **RAFIDIA DENNOUDI**

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 sucré

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

metformine

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Alger** le **01 / 06 / 2014**

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