

**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**
**Nom et prénom :**

GURICHAT MONTAMED

**Matricule :**

08242

**N° CIN :**
**Adresse :**

Rue A

**Bénéficiaire de soins :**

**Adhérent**

**Conjoint**

**Enfant**
**Partie réservée au médecin traitant**
**Je soussigne :**

Dr. TAHAR

**Spécialité :**

DiAPÉTROLOGIE

**N° ICE :**

0018562500079.

**N° INPE :**

09164335

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

GURICHAT MONTAMED

**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 :**

HbA1C = 10,6      GM = 2,08

**Dont ci-joint ordonnance :**
**Traitements prescrits :**

GAVIS M5 50180 - (1 - 0 - 1)

**Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables**
**Fait à :**

le 27 FEV 2024

**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