

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

Nom et prénom :

HILAL MOHAMMED

Matricule :

02630

N° CIN : W 30755

Adresse :

ZKAOURA Rue 05 N° 13 Aïn Chock CASA

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : Dr Belamine

Spécialité : Generaliste

N° ICE : 002237641000046

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée :

< 3 mois

Entre 3 et 6 mois

A vie

Glucophage 1000  
Amarel 4.

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Diaète II



Dont ci-joint ordonnance :

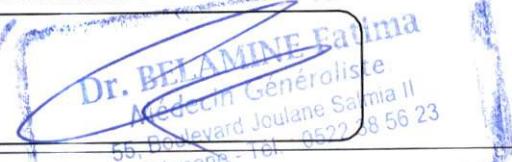
Traitements prescrits :

Glucophage 18  
Amarel 4mg

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : CASA le 29/02/2024

Cachet et signature du médecin traitant :



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