

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

Nom et prénom : **HASSINE HAFAF**

Matricule : **11661**

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE : N° INPE :

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

INPE : 091028506

091028506

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

**Diabète type 2
+ hypertension**

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

**HbA1c = 6,70% Gi = 1112
FBG = 01028**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

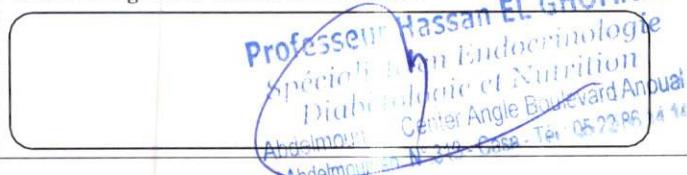
- Insulinothérapie
- Imit + Novoform
- Supérieur subcutané Fiole syr
- Domogest



Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **ENNA** le **19/04/2024**

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