

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

Nom et prénom : **OBEID Mustapha**

Matricule : **1687**

N° CIN : **B57294**

Adresse : **4, Rue El Chadfa App 5 Maarif**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **D<sup>r</sup> CARIOU**

Spécialité : **Endocrinologue**

N° ICE :

N° INPE : **091 039 412**

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

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 insuline 17/06/23 HbA1c = 6% gHc = 1,50  
HTA Creat = 376 creat = M  
insuff rénale**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**Humalog mix 25  
Suliset 160 / 16 / 125**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **26/06/23**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr. CARIOU BELGADI Joelle  
ENDOCRINOLOGUE  
119, Bd. Bir Anzarane  
Maarif - CASABLANCA**



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