

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

**Nom et prénom :**

Mr. Mousaoui Sami

**Matricule :**

3710

N° CIN :

B. 121 913

**Adresse :** 02 RUE DU TIGRE RESIDENCE SAMIA, 5<sup>e</sup> ET. APP 11 MANS SULTAN

**Bénéficiaire de soins :**  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

**Je soussigne :**

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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 type 2

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

Polixiga  
Ado 880



Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Le 10 AVR. 2023

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