

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

Nom et prénom : **TRIKI KAMAL**
Matricule : **01595** N° CIN : **B 14187**
Adresse : **4, Rue Mostapha AL MANFAOUTI, Casablanca**
Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **M. Benmimoun** Spécialité : **Médecine Interne**
N° ICE : **001700978000087** N° INPE : **INP: 091166298**

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

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 non insulino dépendant -
nécessitant insulinothérapie dans certaines circonstances (Infection, ...)**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Galvus Met 50/1000 1cp x 2/jour**
Amanel 4 : 1cp /jour

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **28 MAR. 2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

Docteur Mostafa BENMIMOUN
MEDECINE INTERNE
27, Rue Ily Abou Madi (Bd B. Roudan)
Casablanca - Tél: 0522 29 82 28

091166298



* Cette déclaration est renouvelable une fois

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