

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

Nom et prénom : **Houiri - ZAHRA**

Matricule : **1013**

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Docteur Zineb SLAOUI DIOURI**  
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE  
NUTRITIONNISTE

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : 40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, Casa  
Tél : 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75

Spécialité :

N° ICE : **001697433000063**

N° INPE : **09 1130393**

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 + Hypertension**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**Leuc Mpx 50, Iprax 25, Diamin 60, Iprax 500**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **26/05/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Docteur Zineb SLAOUI DIOURI**  
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE  
NUTRITIONNISTE  
40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, Casa  
Tél : 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75  
INPE : 091130393 - ICE : 001697433000063



\* 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