

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

Nom et prénom : **BENHAR Laabi**

Matricule : **620** N° CIN : **B 450436**

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr CARIOU** Spécialité : **Endocrinologue**

N° ICE : **091 039 412** N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : **Ziad ep BENHAR Khedija**

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 :

DMD dep 2016 - 07/06/13 trigA1c = 6,50%

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

glucophage 500 = 2cp/j

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Cese le 09/06/13**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. CARIOU BELQADI Joelle
ENDOCRINOLOGUE
119, Bd. Bir Anzarane
Maârif - CASABLANCA



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