

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

Nom et prénom : **Mr. GURICHAT MOHAMED**

Matricule : **8242** N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr. TALIBI HASSAN** Spécialité : **DIABETOLOGIE**

N° ICE : **00187562500078** N° INPE : **091164335**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **Mr. GURICHAT MOHAMED.**

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 :

GA : 2,09.
HBA1C : 10,6. + HTA } **189/105**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :
+ GLUCOVANCE 500 g / 2,5 g
+ TRITAFIDE 10/25 g

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **BERRECHID** le **17/8 JAN 2024**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. TALIBI Hassan
OMNIPRATICIEN
0522.517.574/0663.866.610



*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