

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

Nom et prénom : **EL HAMZA OUI Abdelmalek**

Matricule : **3259**

N° CIN : **B61053**

Adresse : **12 RUE IBN KATIR MAARIF - CMA**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr Wafdi**

Spécialité : **Endocrinologue**

N° ICE :

N° INPE : **03030303**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **EL HAMZA OUI Abdelmalek**

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 sucré, glycémie à jeun 7,48g/L.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Glucophage, Glucosyl**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Rue** le **25/05/23**

Cachet et signature du médecin traitant :

Docteur WAFDI Abderrahim
Endocrinologue - Diabétologue
Rue Pyrénées - Tél: 0522 25 19 70 - CASA



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