

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

Nom et prénom : *Goual Mohamed*

Matricule : *84 26*

N° CIN : *B 36541*

Adresse :

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

*Médecin Généraliste*

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

*Goual 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 :

*ASTHME phlegm. polyurie polydyspe. HbAA : 6,6 %*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

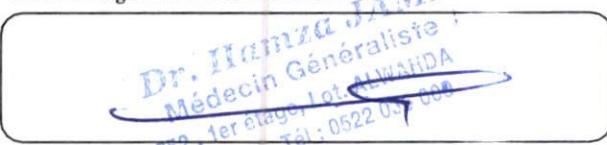
*Glucophage 850*



Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Deroua* le *16/04/2024*

Cachet et signature du médecin traitant :



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