

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

**Nom et prénom : BELBEIDA MOHAMMED**

**Matricule :01697**

**N° CIN :B277302**

**Adresse : DERB ELHANA RUE 17 N 24 CASABLANCA**

**Bénéficiaire de soins :**  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

**Je soussigne :**

**Spécialité :**

**N° ICE : 001697716000085**

**N° INPE : INP : 091019786**

**Certifie que Mlle, Mme, M. : BELBEIDA**

**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 :**

**Mérite**

**- HTA**

**Tl redouble**

**Dont ci-joint ordonnance :**

**Traitement prescrit : -Toujours SOLOSTAR 300/5 - JANURET 50/1000 1ep/midi  
et 1cp/soir - Amarel 4mg/5 matins, Liothyrox 150 U/5 à jeun  
Irbesar (Irbesartan) 300mg/5 le matin**

**Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables**

**Fait à : Casablanca le 31/07/2023**

**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**