

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

Nom et prénom :

**RAY-RAM MUSTAFA**

Matricule :

**00907**

N° CIN :

**B 13041**

Adresse :

**cité HASSACI Bloc 208 N° 78 Derb EL HOUA**

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **D. HOUIMID BENNANI Rachid** Spécialité : **Diabologie - 76.**

N° ICE : **0022 44 96 70 0008** N° INPE : **09.10.76 109**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **ZABOUS LATIFA.**

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 :

Prise de PEGFEN - Cytolée Acétylén. - Niveau Haute Dose.  
Prise : 12-9-23. Agrav. Tardive : Hb = 11,5 g/dL.  
Ferritin basse = 9,8 µg/L - Troponine 0,14 - HbAc = 6,4%

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :  
 - Feiplex : 2 dox/j.  
 - Brimedex 5/1,25 - 1cp/j  
 - glicoply - 1000 - 1cp x 2/j  
 - Domigan = 60 = 1cp/j  
 - caedex capinu 1cp/j  
 - Vestarel 1,80  
 - Tacikomeul 06 310/j

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **05** le **27.09.23**

Cachet et signature du médecin traitant : **BENNANI**

Médecin Agréé par Le Ministère  
de La Santé Publique  
Hôpital El Houria, Bâtiment R5, Bd. Sidi Abderrahmane  
Hay Hassani - Casablanca  
Tél : 0522 90 23 81



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