

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :  
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom : **TAMINE MOHAMED**

Matricule : **505**

N° CIN : **B34249**

Adresse : **Hay Inara 1 Rue N° 21 Ain Chock Casablanca**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité : **Cardiologue - Ophtalmologue Néphrologue**

N° ICE :

N° INPE : **091013409**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **M<sup>r</sup> TAMINE 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 :

- GALUSSO
- IPRADIA LP 500.
- LEVOTHYROX 50

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **10/10/23**

Cachet et signature du médecin traitant :

Docteur **BENLALLA ELGHORFI Fatima**  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
Bd Al Ouds, Rés les Rosiers, Appt 121  
Ain Chock, Casablanca - Tél : 0522 870 890

**MUPRAS**  
24 OCT. 2023  
ACCUEILLI

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

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :  
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom : **TAMINE MOHAMED**  
Matricule : **505** N° CIN : **B34249**  
Adresse : **Hay Inara 1 Rue 1 N°21 Ain chock Casablanca**  
Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **Dr. Hasnaa FARESE CARDIOLOGUE** Spécialité : **Cardiologue**  
N° ICE : **0522 522 530** N° INPE : **INPE:091199687**  
Certifie que Mlle, Mme, M. : **TAMINE me**  
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 :

**HTA Stabilisée sous Monothérapie**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**IPERGEN 20 mg**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASA** le **23/10/23**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr. Hasnaa FARESE CARDIOLOGUE**  
N° ICE : **0522 522 530** N° INPE : **INPE:091199687**

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