

**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 : **MOUSTAHSINE ABDELOUAHED**

Matricule : **2450** N° CIN : **B240014**

Adresse : **HAY MAROLA Rue 1 N° 154 HAY HASSANI CASABLANCA**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **Docteur RENADES TAARAFZ** Spécialité : **Endocrinologie**

N° ICE : **001697716000085** N° INPE : **INP: 091019786**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **MOUSTAHSINE Abdelouahed**

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 :

**Hypothèse post chirurgicale d'un Carcinome Thyroïdien**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

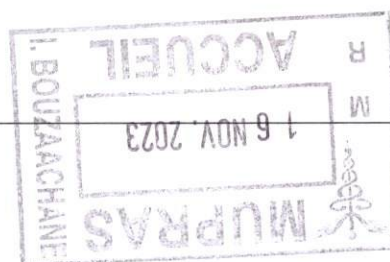
**devotyrox 100**  
**devotyrox 25**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **15/11/2023**

Cachet et signature du médecin traitant

**Docteur RENADES TAARAFZ**  
Endocrinologie - Diabétologie  
Angle Reute d'Arzen - Noui & Gd.  
Siège Allée Mohammed VI  
Imm Communal N°10, 1er Etg. Appt 62



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