

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

Nom et prénom : **BENBRAHIM HASSAN**

Matricule : **9043** N° CIN :

Adresse : **BOURGOGNE**

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **Docteur Puyllart** Spécialité : **Médecin généraliste**

N° ICE :

N° INPE : **13 10 - 654 - 92**

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

**T Hypertension artérielle depuis 2010**

Dont ci-joint ordonnance :


Traitement prescrit :

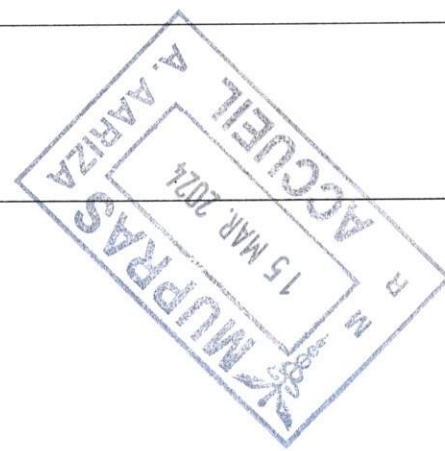
**EUTIROX**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **9/5/2024**

Cachet et signature du médecin traitant :





\* Cette déclaration est renouvelable une fois

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