

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6
MOIS**

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

Comme

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

Nom et prénom : *Oulal Halima*

Matricule : *2591*

N° CIN : *F18014*

Adresse : *2 Pds Rue NAHDA Ang 30*

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Dr. EL ATTAR Nadia
Spécialiste En Médecine Interne
Vacataire
INP : 081196651

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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 :

- maladie de Basedow (B12 ↓ / Ac FTG !)
- Hypothyroïdisme (TSH 11 / Ac FTG !)

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

- Hydroxy 5000
- Levothyron
- Dose forte

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Ang 30* le *31 Janv 2023*

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 garantie la confidentialité des informations communiquées