

**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 : **CHOUKAÏLI M<sup>r</sup> AZZEDINE**

Matricule : **5855**

N° CIN : **M80 1115**

Adresse : **choukaïli\_azzedine@yahoo.fr**

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : **K41J5X**

**Rafik**

**091152397**

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 :

**Hypothyroïdie + hypercholestérolémie**  
**Levothyrox 50mg**  
**LD AOE 10mg**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**un ordonnance**  
**Levothyrox 50mg**  
**LD AOE 10mg**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Cachet et signature du médecin traitant :

**09/06/23**  
**Dr. Rafik**  
**Endocrinologie - Diabétologie**  
**Nutrition**  
**293 Rd. Al-delmoumen, Imm. Morjana,**  
**2ème Etage App. N° 4 - Casablanca**  
**Tél : 05 22 66 55 14**

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