



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 : **ESSARBAHI RHIZLANE ép. GHANNAAM**

Matricule : **1670** N° CIN : **114102**

Adresse : **16, rue Constantine HASSAN RABAT**

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

N° ICE : **Dr Hamdoun Lamine**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **ESSARBAHI RHIZLANE**

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 :

**Hyperthyroïdie
AITA.**

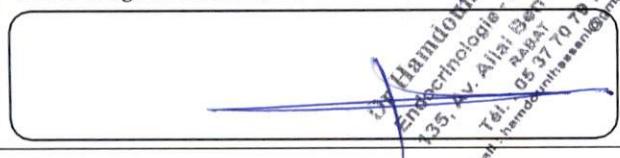
Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits : **Dimazol Regarsio Rozat no
Arlo Cardyl**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **RABAT** le **15/9/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :



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