

**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 : SAHMANT MINA SADDIKI Mohamed

Matricule : 01560 N° CIN : B185120

Adresse : 10 Rue N° 12 GR LI EL OULFA

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Dr. Khadija CHARF EL ZAMOUANI Spécialité : Endocrinologie

N° ICE : 091013417 N° INPE : 091013417

Certifie que Mlle, Mme, M. : SAHMANT MINA

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☐ A vie

6 mois

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Dont ci-joint ordonnance :

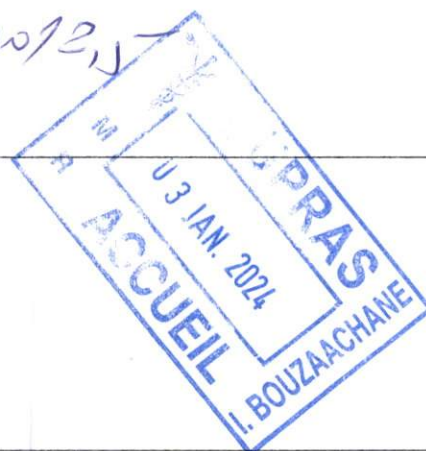
Traitement prescrit : Levothyrox 50 - Glucosamine 500/25
Triniticity 0,75

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 18/12/23

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Khadija CHARF EL ZAMOUANI
Spécialiste Endocrinologie
07, Résidence El Oulfa Bât. Dum. Bât.



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