

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

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

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

Nom et prénom :

IDBIHI LATIFA

Matricule : 8196

N° CIN : BE94779

Adresse :

77 LOT HAMZA SIDI MAAROUF CASABLANCA

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE : 091046169.

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 :

Hypothyrisme + Spunk.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

= Hormonothérapie

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Cen

le

26/05/2022

Cachet et signature du médecin traitant :

[Signature]

**ARBAOUI FATIMA**  
ENDOCRINOLOGIE - NUTRITION  
DIABETOLOGIE  
Résidence Lachara, 150 Route de l'Oasis  
En face Gare de l'Oasis - Casablanca  
Tél: 0522 25 61 55 - Gsm: 0665 43 95 43

\*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

