



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 : 091212100000000000 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 :

Hypothyroïdie - TSU-7,82.
+ Bucal.

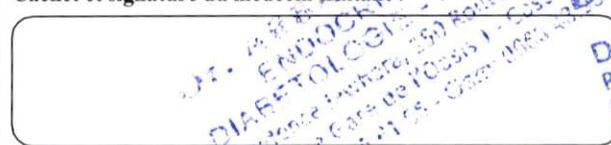
Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits : Hormonothyre

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Cas le 26/04/2024

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

