



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Version : 01

Date : 24/05/2022

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

Nom et prénom :

EL HOPPY Mohamed

Matricule :

9498

N° CIN : B 16f930

Adresse :

LOT hay Fatch N° 132

casa casa

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Dr CARIOU

Spécialité : Endocrinologue

N° ICE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : CHOUIEKH Latifa

N° INPE : 092 039 412

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 chronique depuis 2005 -
- 26/08/22 TSH = 5,31 (N< 5,33)
- Coréactif 13

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Letrothyrox 100 : 4 jours /
75 : 3 jours /
Date date 1er mois

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 01/09/22

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. CARIOU-BELQADI Joelle
ENDOCRINOLOGISTE
119, Bd. Dr Anzai 10
Maârif - CASABLANCA

*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 comm



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

code : PR2FR04
Version : 01
Date : 24/05/2022

Nom et prénom : EL HORRY Mohamed Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Matricule : 9492

Adresse : LOT hay Fateh N° 132

N° CIN : B 16 F 930

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint

Enfant

Je soussigne : Dr CARIOU

Partie réservée au médecin traitant

N° ICE :

Spécialité : Endocrinologue
N° INPE : 091 039 412

Certifie que Mme, Mme, M. : CHOUIEKH Latifa

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 chronique depuis 2005 -

26/08/22 TSHU = 5,31 (N° < 5,33)

- Courant 13

Dont ci-joint ordonnance :

Treatment prescrit :

Letrothyrox 100 : 4 jours/
75 : 3 jours/
Date forte 1 par mois

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 02/09/22

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. CARIOU BELQADMI Joelle
ENDOCRINOLOGISTE
119, av. Dr Anzai
Maroc - CASABLANCA

*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