



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN

Code: 102FR04
Version: 03
Date: 03/05/2024

mde
1046

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	MLOUNY AHMED
Matricule :	1046
N° CIN :	B 101764
Adresse :	108 Rue BOAHIM NAKHAI MAARIF Casablanca
Bénéficiaire de soins :	☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité : Endocrinologie
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. :	MLOUNY AHMED INPE 091046185
Nécessitant un traitement d'une durée :	☒ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☐ > 6 mois
HC 10-5 : 1cp x 3/jr	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
Insuff. surrénalienne corticotrope + Goutte + Hypo vitamine D Cortisolémie sh = 14,16 AU = 78-11 Vit D = 27-31-1e	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Hydrocortisone 10g : 1cp x 3/jr AVE Zylone 100-5 : 1cp/jr le soir D-Cure 25.00 : 1AB/15 jours pdt 2 mois	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : Casablanca le 29/01/2024	
Cachet et signature du médecin traitant :	

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