

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

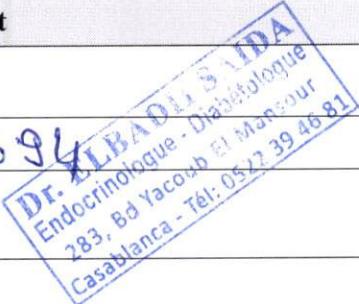
Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : **ETTANOUTI Ned.**

Matricule : **1564**

N° CIN : **3181694**

Adresse : **16, Rue EL OURHOUANE CASABLANCA BEAUSJOUR**



Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Dr. ELBADII SAIDA

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr. ELBADII SAIDA**
 Endocrinologue - Diabétologue
 283, Bd Yacoub El Mansour
 Casablanca - Tél: 0522 39 46 81

Spécialité : **Endocrinologie**

N° ICE : **09M90931**

N° INPE : **09M90931**

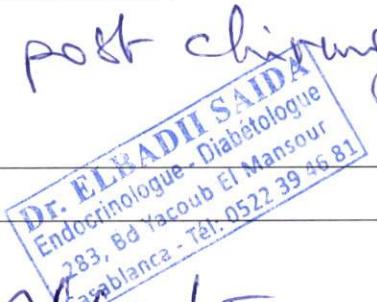
Certifie que Mlle, Mme, M. : **ETTANOUTI Ned.**

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

Hydrocortisone 10mg 240+1/2 15

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

**Insuffisance corticostérale post chirurgicale
 de l'hypophyse.**



Dont ci-joint ordonnance :

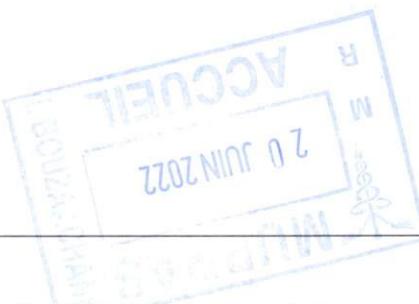
Traitements prescrit :

Hydrocortisone 10mg 240+1/2 15

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **casab** le **14/06/2022**

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