

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

Nom et prénom :

REGRAGUI RACHID

Matricule :

5009

N° CIN :

C132516

Adresse :

IMM 28 APT 5 WAF 3 OULFA CASABLANCA

Bénéficiaire de soins :

☒ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

REGRAGUI Rachid

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 :

Diabète insulinodépendant, hypothyroïdisme,
dyslipidémie

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

① levothyron 25 1 pl;
② lantus solostar 300 U 600 U
③ Apolone 20 mg 16-18 mg
④ Taba 10 2 x 1/6

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le 13/10/2022

Cachet et signature du médecin traitant :

[Signature]

* 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