

MLE-7690

Partie réservée à l'adhérent (à remplir par le patient)

Nom et prénom : ELHAKOUCHI Aicha

Matricule : 00 1234

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigné : Dr. ELBADI SAIDA Spécialité : Endocrinologie

N° ICE : 283, Bd Tachib El Mansour N° 001234

Certifie que Mlle/Mme/M. : ELHAKOUCHI Aicha

Nécessitant un traitement d'une durée : ☒ < 3 mois ☐ 3 à 6 mois ☐ Plus de 6 mois

Lenthyron 50 + 25 mg 1x

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

Hypothyroïdie lymphatique

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : Lenthyron 50 + 25 mg 1x

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casa le 30/3/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. ELBADI SAIDA
Endocrinologue - Diabétologue
283, Bd Tachib El Mansour
Casablanca - Tel: 0577 89 60 12

Cette déclaration est renouvelable une fois

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