

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

Nom et prénom : **ELHAQUIQUI Aicha**

Matricule : **7690**

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr. ELBADII SAIDA**
Endocrinologue - Diabétologue

Spécialité : **Endocrinologie**

N° ICE : **283, Bd Yacoub El Mansour**

N° INPE : **09M90991**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **ELHAQUIQUI Aicha**

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ À vie

Lerohypon 50 + 25 mg. 1/1

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

Hypothyroïdie lymphocytaire

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Lerohypon 25 + 50 mg 1/1

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **30/3/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

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

ACCUEIL
31 MAR 2023
MUPRAS

* 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