

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

Nom et prénom : *EL HA qui qui 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 : *Endocrinologue*

N° ICE : **283, Bd Yacoub El Mansour**
Casablanca - Tel: 0522 39 46 81

N° INPE : *0522 39 46 81*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *EL HA qui qui Aicha*

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

Levothyrox 50 + 25 mg. 1/2

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

Hypothyroidie lymphocytare

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

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Levothyrox 25 + 25 mg 1/2

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casablanca* le *30/3/2023*

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. ELBADII SAIDA
Endocrinologue - Diabétologue
283, Bd Yacoub El Mansour
Casablanca - Tel: 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 garantie la confidentialité des informations communiquées