

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

Nom et prénom : *Houari Zahrira*

Matricule : *1613* N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Docteur Zineb SLAOUI DIOURI
ENDOCRINOLOGUE - DIABÈTE
NUTRITIONNISTE

Je soussigne : *40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, Casa* Spécialité :

Tél : 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75

N° ICE : *00169743300063* INPE : *091130393* ICE : *00169743300063*

Certifie que Mlle, Mme, M^{me} : *Houari el Yamani ; Zahra*

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 :

*glycomie à jeun 141 mg/dL + 10%
TSHS*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : *Glucovilone 60 mg/dl 1000
Levothyrox 50, levothyrox 25*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casa* le *25/1/2024*

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