

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

Nom et prénom : **HANSSI IKRAM EPOUSE BENSI MANÉ**

Matricule : **7639** N° CIN :

Adresse : **21 Rue EL KORONFOL HAYERRAHA CASABLANCA 20200**

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr Ali Onnarak** Spécialité : **Endocrinologue**

N° ICE : **002062102000092** N° INPE : **091116319**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **Hadji IKRAN**

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 :

↓ T₄C = 20,66 - T₄G = 20,040.

Sous le confidentiel sur demande écrit du médecin traitant initial

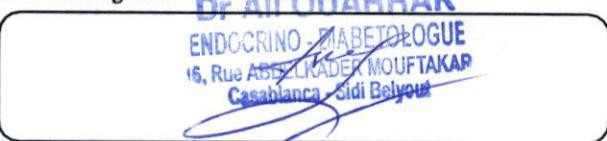
Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Levosflox 100 + Levo fgy 25 + Metformine 5**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **26 JAN 2024**

Cachet et signature du médecin traitant : **DR ALI ONNARAK**



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