

MLE-8560

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

Nom et prénom : **HJATI Faouzi**

Matricule : **8560**

N° CIN : **B 24 93 28**

Adresse : **EL OULFA G "J" Rue 109 N° 1 CASABLANCA**

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigné :

Spécialité :

N° ICE : **00 169 77 160 000 85**

N° INPE : **INP: 091019700**

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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 :

$TSH_{49} = 1,98$

$HS_{mc} = 6,4$   $G-IJ = 1,06$   
 $TG = 1,89$

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**Levothyrox → A 00 850 + Lip-myl**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casag** le **16/10/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Doktor BENMURAD FAOUZI**  
Enseignant de médecine générale  
Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage  
Site web : www.mupras.com  
Tél : 0522-20-45-45, 0522-22-78-15, Fax : 0522-22-78-18

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