

*par cancer*

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

Nom et prénom :

*Chabani*

*AFZ*

Matricule :

*2509*

N° CIN : *A 114 9 55*

Adresse : *10 WT. 320 HA RUE MGR DES PETITS PINES SIDI AZABEUD  
TEMAZGA HARBOR*

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

*Medecin Colonel Youssef SEKKACH  
Professeur de l'enseignement Supérieur  
Chef de Service de Médecine Interne A  
HMIMV - Rabat*

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

*INPE N° 101190635*

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

*Chabani AFZ*

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 :**

*Dysthyroïdie l'onglée auto-immune*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

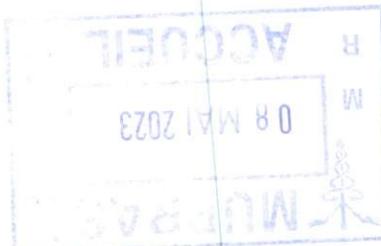
- 1 - *Diazol 100 mg : 1/2 g/jour*
- 2 - *Liothyrox 25ug - 1/2 g/jour*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *RABAT* le *28/04/23*

Cachet et signature du médecin traitant :

*Medecin Colonel Youssef SEKKACH  
Professeur de l'enseignement Supérieur  
Chef de Service de Médecine Interne A  
HMIMV - Rabat  
INPE N° 101190635*



\*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