

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

Nom et prénom :

Hammi / M. / M.

Matricule : 2509

N° CIN : A 14 9 55

Adresse : 10 WT. 2201 HA Rue MEN DES PHILIPPINES S/O AL ABED  
JEMARA HARHOUR

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

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

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Hammi / M. / 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 :

Dysthyroïdisme d'origine auto-immune

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

- 1 - Disaol 100g - 1/2 gélule
- 2 - L-thyroxine 250g - 1 gélule

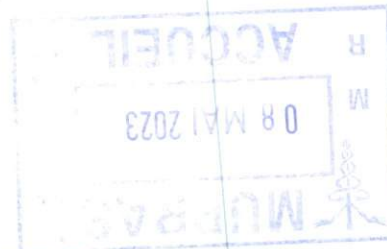
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Rabat 28/05/23

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 garantit la confidentialité des informations communiquées