

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

Nom et prénom : **CHOUKAILI M<sup>È</sup> Azzedine**

Matricule : **5855**

N° CIN : **M80 1115**

Adresse : **choukaili\_azzedine@yahoo.fr**

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que M<sup>ie</sup>, M<sup>me</sup>, M <sup>:</sup> **K41JDX**

**091152397**

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 :**

**Hypothyroïdie + thyroïdite** **Levothyrox 50ug**  
**LDNOL 10mg**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

**un ordonnance**

**- Levothyrox 50ug**  
**- LDNOL 10mg**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le

**09/06/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Docteur OTMAN TAZI**  
 Endocrinologie - Diabétologie  
 Nutrition  
 293<sup>rd</sup> Abdelloumen, Imm. Morjana,  
 2<sup>nd</sup> Fl<sup>th</sup> App. N<sup>o</sup> 4 - Casablanca  
 Tel : 0522-22-66-55-34

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