

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit
Nom et prénom :

BABA KHALDOUN

Matricule :
N° CIN :
Adresse :
Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant
Je soussigne :
Spécialité :
N° ICE :
N° INPE :
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 :

Dr. Bennani Abdellah / ITIA / thyroïde

Dont ci-joint ordonnance :
Traitements prescrits :

 Azotyl - Janumet 100 - metformin
 600mg - levothyroxine 50

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables
Fait à : *ca* **le** *12/12/23*
Cachet et signature du médecin traitant :


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