

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

Nom et prénom :

BARRANE Abdelhak

Matricule :

0704

N° CIN :

BE12177

Adresse :

Résidence Melok 3 n°1 ville verte Bouskoura

Bénéficiaire de soins :

☒ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Docteur Otman TAZI  
Endocrinologie - Diabétologie  
Nutrition  
293 Bd. Abdelmoumen, Imm. Mariana,  
N° 4 - Casablanca  
Tél : 05 22 86 56 14

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

ABDELHAK BARRANE

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 :

Diabète  
Hypertension

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Vie saine

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Ben

le

16 / 05 / 2022

Cachet et signature du médecin traitant :

Docteur Otman TAZI  
Endocrinologie - Diabétologie  
Nutrition  
293 Bd. Abdelmoumen, Imm. Mariana,  
N° 4 - Casablanca  
Tél : 05 22 86 56 14



\* 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

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

Nom et prénom :

BADRANE Abdelhak

Matricule :

0704

N° CIN :

3210177

Adresse :

Résidence Malak 3 N°1 ville verte BASKARA

Bénéficiaire de soins :

☒ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

D. Saadallah

Spécialité :

Urologue

N° ICE :

09121657

N° INPE :

INPE 091121657

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Badrane

Abdelhak

KO

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 :

HBP

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

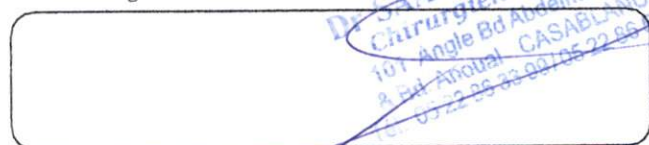
IPROST 10 mg. po 06 mois

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le / /

Cachet et signature du médecin traitant :





\* 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



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

Nom et prénom :

Matricule :

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med Abdouh - Casa  
Tél. 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 80

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

091057851

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois

☐ Entre 3 et 6 mois

☐ A vie

de longue durée et sans rémission

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

EL FORGES 5/80 + YED

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le

09/05/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie

5, Rue Med Abdouh - Casa

Tél. 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 80



\* 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