



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

MUPRAS DEPLOIE SES AILES POUR VOUS PROTEGER



Réf. : PR03\_004

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom :

LAAKEL Moh amine

Matricule :

1057

N° CIN :

B 38594

Adresse :

50 Rue devant de l'Institut

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

### Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

D<sup>r</sup> AZ HARI Drsophis Spécialité : Ophtalmologue

N° ICE :

N° INPE : 091047951

Certifie que Mlle, Mme, M. :

LAAKEL Moh amine

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 :

Glaucome Hypertonie oculaire de 23 mmHg  
Exat myopie en clairure

Dont ci-joint ordonnance :

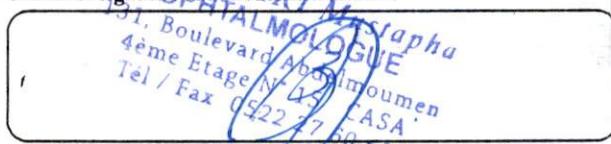
Traitement prescrit :

Bithétoprine antiglauconostatique, Billo posal  
et en lui faire l'ouverture coton  
attente du changement

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 14/06/2023

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 garantie la confidentialité des informations communiquées.

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

| Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit  |  |
|--|--|
| Nom et prénom :  | LAAKEL Bouchra   |
| Matricule :  | 1057   |
| Adresse :  | 10 Rue des nard d'Orny Casab   |
| N° CIN :   | B 38594  |
| Bénéficiaire de soins :  | <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant         |
| Partie réservée au médecin traitant  |  |
| Je soussigne :   | Spécialité : Ophtalmologie   |
| N° ICE : 001746720000057   | N° INPE : 091047951  |
| Certifie que Mme, Mme, M. : LAAKEL Bouchra   |  |
| Nécessitant un traitement d'une durée :  | <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie |
| Xolomol ulmce (Aztrekt - Fixe)<br>SC 1% bloquant l'histamine dans les cellules)  |  |
| Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement.<br>Glaucome à angle ouvert. TGA = OD < 25 mmHg<br>OG : 16 ~ Hg Examen mal vu au clair de l'œil + CN normale signe de glaucome   |  |
| Dont ci-joint ordonnance :   |  |
| Traitement prescrit :  | Xolomol ulmce )  |
| Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables   |  |
| Fait à : Casablanca le 10/06/2023  |  |
| Cachet et signature du médecin traitant :  |  |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;">                     Dr. AZHAR Mousapha<br/>                     OPHTHALMOLOGUE<br/>                     131, Boulevard Abdellah<br/>                     4ème Etage, Casablanca<br/>                     Tel / Fax 0522-22-78-18 CASA                 </div> |  |
|   |  |

\*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

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

| Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit   |  |  |          |
|---|--|--|----------|
| Nom et prénom :   | LAAKEL Mohcenne  |  |          |
| Matricule :   | 1057   | N° CIN :   | B. 38594 |
| Adresse :   | 50 Rue Leonard de Vinci Casab  |  |          |
| Bénéficiaire de soins :   | <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant  |  |          |
| Dr. CHAACHOUI Naja Partie réservée au médecin traitant  |  |  |          |
| Je soussigne :  | Dr. CHAACHOUI Naja<br>Cardiologue Rythmologue<br>314, Rue Mostapha El Maâni - Casablanca<br>Tél: 05 22 22 73 43 - Fax: 05 22 22 76 79<br>INPE: 091170167 |  |          |
|   | Spécialité :   |  |          |
| N° ICE :  | N° INPE :  |  |          |
| Certifie que Mlle, Mme, M. :  | LAAKEL Mohcenne  |  |          |
| Nécessitant un traitement d'une durée :   | <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> À vie                                   |  |          |
| Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :   |  |  |          |
| HTA / DAVID / Cardiopathie ischémique<br>Libé starté en 2019 et en Janvier 2023   |  |  |          |
| Dont ci-joint ordonnance :  |  |  |          |
| Traitemen prescrit :  | Exprixe 5/80 / Plaxix 75 / Cardiaspne 100<br>Pantopryl 60. 100R 45.  |  |          |
| Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables  |  |  |          |
| Fait à :  | Casabla le 14/06/2023  |  |          |
| Cachet et signature du médecin traitant :   |  |  |          |
| <br>Dr. CHAACHOUI Naja<br>Cardiologue Rythmologue<br>314, Rue Mostapha El Maâni - Casablanca<br>Tél: 05 22 22 73 43 - Fax: 05 22 22 76 79<br>INPE: 091170167 |  | <br>H. HAKANI<br>20 JUIN 2023 |          |

\*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

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

| Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit   |  |  |
|---|--|--|
| Nom et prénom :   | <i>LAAKEL Mohamed</i>  |  |
| Matricule :   | <i>1057</i>  | N° CIN : <i>B 38594</i>  |
| Adresse :   | <i>50 Rue leonard de Vinci 4754</i>  |  |
| Bénéficiaire de soins :   | <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant         |  |
| Partie réservée au médecin traitant   |  |  |
| Je soussigne :  | Spécialité :   | <b>Prof. Ahmed FAROUQI</b><br>Endocrinologie - Diabétologie<br>187 Bd. Abdelmoumen N° 27 Casablanca<br>Tél : 0522 20 07 03 - 0522 20 75 76<br>Code INP : 091028514 |
| N° ICE :  | N° INPE :  |  |
| Certifie que M <sup>me</sup> , M <sup>me</sup> , M. :   | <i>M<sup>me</sup> LAAKEL Mohamed</i>   |  |
| Nécessitant un traitement d'une durée :   | <input type="checkbox"/> < 3 mois <input checked="" type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie |  |
| Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :   |  |  |
| <i>Diaabète type 2 - GT = 1.80 HbA1c = 7.0% (pas traité)</i>  |  |  |
| Dont ci-joint ordonnance :  | <i>un -</i>  |  |
| Traitements prescrits :   | <i>- Janilin 10 mg -<br/>- Glipizide 10 mg -</i>   |  |
| Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables  |  |  |
| Fait à :  | le / /   |  |
| Cachet et signature du médecin traitant :   |  |  |
|  <p><b>Prof. Ahmed FAROUQI</b><br/>Endocrinologie - Diabétologie<br/>187 Bd. Abdelmoumen N° 27 Casablanca<br/>Tél : 0522 20 07 03 - 0522 20 75 76<br/>Code INP : 091028514</p> |  |  |

\*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, données à caractère personnel, aux fins d'affiliati