



## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	CAAHEL Moh amouh
Matricule :	1057
N° CIN :	B 38594
Adresse :	50 Rue Clemens de Vigny CASER
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	D <sup>r</sup> AZHARI Drouph Spécialité : Ophtalmologue
N° ICE :	N° INPE : 091047951
Certifie que Mlle, Mme, M. :	CAAHEL Moh amouh
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
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
Glaucome Hyperémie au sein de 23 mm Hg Exet pyralie en chondr	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Bithérapie antiglaucomateuse, Bilo posol et inhibiteur d'enzyme carbon stéatite du chrys etel	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	CASA le 14/06/2023
Cachet et signature du médecin traitant :	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <p>OPHTALMOLOGUE 31, Boulevard Abdoumoumen 4ème Etage N° 43 CASABLANCA Tél / Fax 0522 27 50 61</p> </div>	

\* 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.





**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 :	LAKEL Bouacem
Matricule :	1057
N° CIN :	B 38594
Adresse :	10 Rue des maréchaux d'Algérie Casablanca
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 Mlle, Mme, M. :	LAKEL Bouacem
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
Xolamal 0.1% (Assemblé - Fixe) et 2.5% bloquant et inhibiteur du drainage	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : Glaucome à angle ouvert. TGP(A) = OD = 25 mmHg OG = 16 mmHg Excit. pupille et chambre + CV normale sans signe de glaucome	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Xolamal 0.1%	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : Casablanca le 07/02/2023	
Cachet et signature du médecin traitant :	
<div>Dr. AZHAR Mustapha OPHTALMOLOGUE 131, Boulevard Abdelmoumen 4ème Etage, Casablanca Tél / Fax 0522 22 76 60</div>	

\* 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

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	LAARKEL Nohane
Matricule :	1057
N° CIN :	B. 38594
Adresse :	50 Rue Leonard de Vinci Casablanca
Bénéficiaire de soins :	<input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Dr. CHAACHOUI Najia Cardiologue Rythmologue 314, Rue Moutaphe El Maâni - Casablanca Tél: 05 22 22 73 43 - Fax: 05 22 22 76 79 INPE: 091170167
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. :	LAARKEL Nohane
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
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
HTA / DABD / Cardiopathie ischémique Libérée stentée en 2019 et en janvier 2023	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Expryc 5/80 / Plavix 75 / Cardiaspne 100 Pantoprazole 40. Vioform 40.	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : Casablanca le 14/06/2023	
Cachet et signature du médecin traitant :	
	

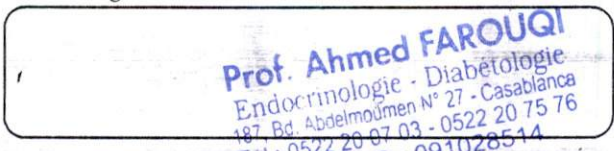
INPE H. HAKANI  
20 JUN 2023

\* 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



## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	LAARKEL Mohammed
Matricule :	1057
N° CIN :	B 38594
Adresse :	50 Rue Leonard de Vinci CASAB
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Prof. Ahmed FAROUQI Endocrinologie - Diabétologie 187, Bd. Abdelmoumen N° 27 - Casablanca Tél : 0522 20 07 03 - 0522 20 75 76 Code INP : 091028514
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. :	M <sup>lle</sup> LAARKEL Mohammed
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 :	
Diabète type 2 - GT = 1.80 HbA1c = 7.0% (sans traitement)	
Dont ci-joint ordonnance :	oui
Traitement prescrit :	- Jardiance 10 - - Glucophage 1000
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	le / /
Cachet et signature du médecin traitant :	19 JUN 2023
	

\* 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.