

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	BARACHI ACHAMIR
Matricule :	1183
N° CIN :	B53537
Adresse :	100, Rue Ibrahim Nakhi, Moudif ex Kouroum - Casablanca
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Docteur Zineb SLAOUI BOURI ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE NUTRITIONNISTE 40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, Casa Tél : 05 22 26 23 45 / 05 22 48 27 75 INPE : 091130393 - ICE : 001697433000063
N° ICE :	Spécialité :
N° INPE :	
Certifie que Mlle, Mme, M. :	
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 :	
DIABETE type 2 HbA1c = 7,4 %	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	Glucophage 850 24/11
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	CASA le 13/11/2023
Cachet et signature du médecin traitant :	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Docteur Zineb SLAOUI BOURI ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE NUTRITIONNISTE 40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, Casa Tél : 05 22 26 23 45 / 05 22 48 27 75 INPE : 091130393 - ICE : 001697433000063 </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 :	HABACHI Mohammed
Matricule :	1183
N° CIN :	B53531
Adresse :	100, Rue Ibrahim Natchou, Maârif extension, Casablanca
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Dr LAABZI
Spécialité :	Cardiologue
N° ICE :	
N° INPE :	091166 983
Certifie que Mlle, Mme, M. :	
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
HTA chronique installée depuis 1995	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : voir dernière ordonnance.	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>Coelpro 300/25 / 1 Nebilet 5 / 1 Amaryx 5 / 15 Cardiogène 100 / 1</p> </div>
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	CASA le 13 / 11 / 2023
Cachet et signature du médecin traitant :	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>DR. M. LAABZI CARDIOLOGUE RÉS. RIBH "D", Angle Bd Bir Anzarane Rue Calid Achkar, (à côté de Agence INWI) Quartier Maârif - Casablanca Tél: 0522 99 20 88 - Fax: 05 22 99 20 87</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