

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom :

WALACHI ASHARAH

Matricule :

1183

N° CIN :

B 53537

Adresse :

100, Rue Brahim Nokhri, Maârif Al-Kébir - Casablanca

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Docteur Zineb SLAOUI BIJOURI

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE
NUTRITIONNISTE

Spécialité :

N° ICE :

40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, Casa
Tél : 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75
INPE : 091130393 - ICE : 001697433000063

N° INPE :

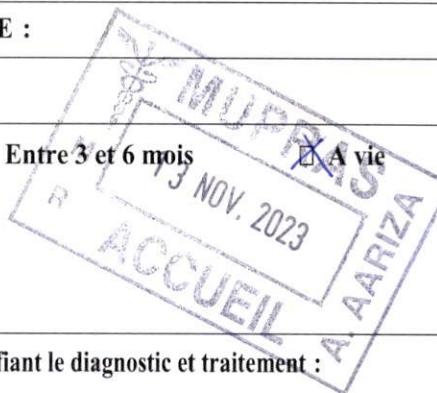
Certifie que Mlle, Mme, M. :

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 :

DIAZETE TYPE 2
HbA1c = +14 %

Dont ci-joint ordonnance :

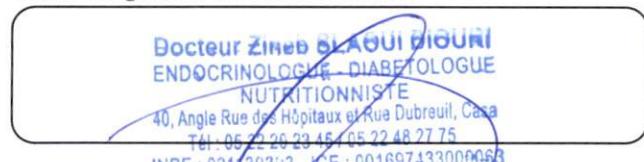
Traitements prescrits :

Glycophage 250 mg

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : CASA le 13/11/2023

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 : **HABACHTI Mohammed**

Matricule : **1183** N° CIN : **B 53531**

Adresse : **100, Rue Ibrahim Nakkash, Maârif expansion, Casablanca**

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr LAAABI** Spécialité : **Cardiologue**

N° ICE : **091166983** N° INPE :

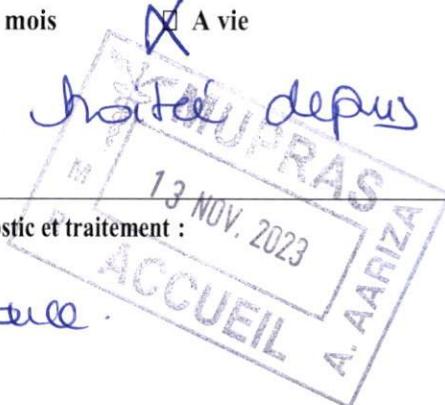
Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

HTA artérielle traitée depuis 1995

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

voir dernière ordonnance.



Dont ci-joint ordonnance :

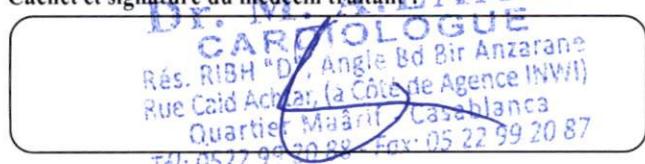
Traitements prescrits :

**Coeurpran 300/25 / i
Nebrilets 5 / i
Zithromax 500 / i
Cardiofibrate 100 / i**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASA** le **13/11/2023**

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