

MUTUELLE

30 SEP. 1965

459

FICHE INDIVIDUELLE

N° M<sup>le</sup>

459

1

Bénéficiaire : ADHERENT - CONJOINT - ENFANT

Nom R'GUIDA

Prénoms Nina

Sexe

F

Né le 1945

à

Photo

Rayé de la Mutuelle le

VISITE D'ADMISSION

MEDECIN CONTROLEUR

Grossesse de 7 mois

15. 8. 73.

10. 8. 76.

Cesclage.

11. 8. 76.

Evacuation utérine (œuf mort de 3 mois 1/2).

12/5/88

10/6/88

6/8/88

Brigine Forle

R-hoype de pte + hoype Rho

Hepitile

→

TE Subcepin

24/10/88

10/12/2001

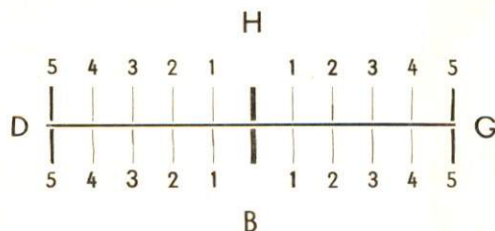
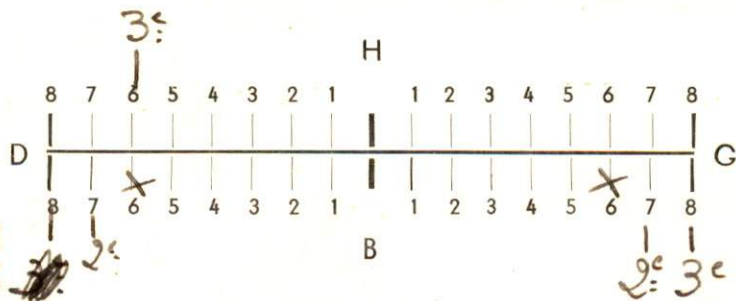
22/11/04

8/6/04

Hepitile beer  
Hepitile beer  
Ex molo

Hepitile beer  
Hepitile beer  
Hepitile beer  
Hepitile beer

# VISITE D'ADMISSION - CONTROLE DENTAIRE



9/1/75 / 26 TRA old 43 old  
 12/1/77. TR 15 yrs 16 yrs DS.  
 21.12.74. Brgn 15-7 190.

30.11.88) Acend bridge 7x51 (D190)  
 15.9.93) Acend ecm 15.  
 10.11.93) Acend ecm 21.

13 MARS 1996

Acend ecm (2 (5 Kivles)

Dents manquantes

29/11/99

28 D6 + D4

Dents malades

13/11/02

D3 + D8 + cantage Abri D @.

Prise en charge soins

Dents saines

(après trois mois

13 NOV 2006

bridge ecm 45 -> 48 3 D100  
 cc 148 850

Dents malades

4° au 12° mois 20 % le

13° au 24° mois 40 % le

25° au 36° mois 60 % le

Après trois ans 80 % le

Stellite Bns

D100 + D100

167

(RHS)

Prise en charge prothèse

Dents non manquantes et saines (un an) le

28 MAI 2007

Fracture Avants du

Dents manquantes et dents malades (trois ans) le

13/11/06

PEC 37190

27/11/9

Ext 45 870



# OBSERVATIONS

W 18/8  
15/8/9  
1

beet two Mchete HTA 3u  
Munich + Mergel R 13/2/9  
Rheineck Lauer 20/2/9

21/10/09 Ste 05: 22-0, 30-20  
06: +1, 30 (-0, 30-110) / 22: 2, 30

25/11/9  
8/11/10

beet 3- Mchete  
Rheineck + Lauer 10 16/11/9

11/2/10  
18/6/10  
22/6/10

HTA + Mchete - HTA x 2 - 21/11/10  
Pl aug  
Mchete 3u Aug

20/10/10  
27/10/10

Mchete + HTA 1u Aug R  
Hypodermis + Mchete 13/10/10 R

6/10/10

35 22-10 12/3.

27/10/10

Det 10

gème dossier

459

Air Maroc

abete  
type

FICHE MEDICALE D'ADMISSION

☐ ADHERENT ☒ CONJOINT ☐ ENFANT

Photo

Nom : N'Quida Prénom : Mina  
Matricule : 459 Date de naissance : 29/05 Sexe : F

Date

Médecin

Ex. clinique : Poids .....  
Coeur .....  
T. A. ....  
Ap. resp. ....  
Ap. dig. ....

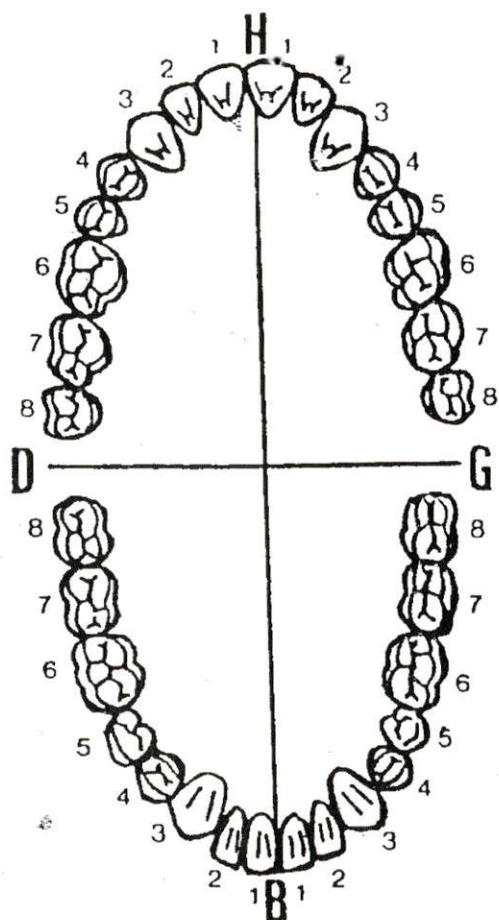
Urines  $\left\{ \begin{array}{l} A ..... \\ S ..... \end{array} \right.$   
Hernies .....  
Râte .....  
Varices .....  
Réflexes .....

complémentaires : .....

Antécédents : .....

11/12/10 Diabète sucré 13/12/10  
16/05/11 Cardio pathie su 22/04 per B/05  
24/06/11 OD +2  
OG +1,75 OAD +2,5  
29-08-11 OK en Ben  
5 JUIL. 2012 BB su B/07

**OBSERVATIONS:**

This image shows a single page of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or printed text on the page.[illegible]

26 MARS 2013

OD +2  
OG +2 ASD + 2,50

21 MAI 2013

Diabète HTA Nephropathie H du 18/04

08 OCT. 2013

PEC / m - BB du 10/13

12 NOV. 2013

Nephropathie H du 8 oct.

28 MAI 2014

Diabète Brechite H du 14/12

08 AOÛT 2014

cataracte K30

OG

02 SEPT 2014

Cataracte ODR K30

29-29-24 sur Rtn diabète + HTA + Nephropathie: 1<sup>er</sup> 03 mo (15-29-11)

25 NOV 2014

OD (-0,75 90°)  
OG (-1,00 80°) ASD 8,5 B

09-04-15 sur Rtn diabète + HTA + Nephropathie: 1<sup>er</sup> 03 mo (19-03-15)

23 Octo 2015

PEC / m de Buis  
(Diabète + HTA + Nephropathie)

27 Octo 2015

Nephropathie H du 13/10

10 Mai 2016

① HTA Diabète H du 31/05  
② Diabète H du 31/05

13 0 Mai 2016 Calcium H en 29 Ainf

12 2 Dece 2016

OD + 0,75

OG - 0,25 OD + 3,0

13 0 Dec 2016

HHA Delicati H en 21/12

12 2 Avri 2017

① H en 22/03 Nemo pette diabete  
② H en 14/03

12 9 Aout 2017

BB en 23 Aout

15-01-18 ou PR C laser yag OD G K8

② ou RFA diabete + Cs + OCT  
12-01-18

12 9 Avri 2018

DE en (18/03/18)

08-04-18 ou RFA K7,6 OD G K10 +

ROYAUME DU MAROC



CARTE D'IDENTITE NATIONALE

NO.

B 532505

PRENOMS

MINA

NOM

RIDA

DATE DE NAISSANCE

1945

PROFESSION

INSTITUTRICE

DOMICILE DB EL MITER RUE 10  
NO 58 CASA

09000

VALABLE DU 21.04.1999 AU 20.04.2009

LE DIRECTEUR GENERAL DE LA SURETE NATIONALE



SIGNE : HAFID BENHACHEM

7/2 00459

## Déclaration Sur l'Honneur

Je soussignée, Madame RIDA Amina,  
titulaire de la Carte d'identité Nationale  
N° B532 505 délivrée le 21-04-1999  
à Casablanca.

Déclare, par la présente, n'avoir jamais  
bénéficié de la couverture de la  
Mutuelle de ma fonction, de fait  
de non adhésion à la dite Mutuelle.

Fait à Casablanca le 01 JUIN 2004 pour  
servir et valoir ce que de droit.

Signé:



# Dr Mohamed BENNANI

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de BESANÇON - FRANCE

**SPECIALISTE**

des Maladies de l'Appareil Digestif

(Foie - Estomac - Intestins)

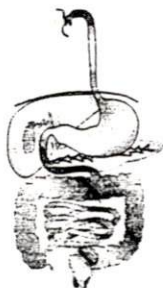
**Fibroscopie Digestive**

Diplômé d'Echographie de la Faculté  
de Médecine de STRASBOURG

Attestation de Proctologie du Collège

de Médecine des Hôpitaux de PARIS

Ancien Attaché des Hôpitaux de FRANCE



# الدكتور بناني محمد

خريج كلية الطب ببوزنسون فرنسا

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

**التنظير الداخلي**

حائز على شهادة الفحص بالاشعة

مافوق الصوتية بكلية الطب بستراسبورغ

حائز على شهادة أمراض اليواسير بباريس

ملتحق سابقا بمستشفيات فرنسا

Casablanca, Le..... 09/08 99 الدار البيضاء في

Que Nguida Amin

Referon 4, 57 UI 3 inj

par semaine traitement

d'une Année

*pour infection*  
21/09

Docteur Mohamed BENNANI  
SPECIALISTE  
des Maladies de l'Appareil  
Digestif  
47, Bd. Rahal El Meskini  
Tél.: 31.47.42/76 - Casablanca

47 شارع رجال المسكيني البيضاء - الهاتف : 31.47.76/42 م 23.78.82  
47, Bd. Rahal El Meskini - Casablanca Tél.: 31.47.42/76 - D.: 23.78.82

16459.

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (\*)**  
(A adresser à l'attention du Médecin Conseil, sous pli confidentiel)

JE SOUSSIGNE DOCTEUR :

DR MIKOU A.  
ENDOCRINOLOGIE DIABETE  
39, BD. RAHA EL MESKINI - CASA  
TEL: 022 31 16 30 - FAX: 022 31 06 74

CERTIFIE QUE Mlle, MME, MR :

RIDA Amine

PRESENTE :

un diabète + hypothyroïdisme + HTA

NECESSITANT UN TRAITEMENT D'UNE DUREE DE :

6 ans (six)

DONT CI-JOINT L'ORDONNANCE.

(A DEFAUT NOTER LE TRAITEMENT PRESCRIT)

Dramian 1730  
1760  
Stagid 1702  
Lecine 50 176  
Fibrocard 240 14  
Lerohy 50x25  
1760



13 OCT. 2010  
DR MIKOU A.  
ENDOCRINOLOGIE DIABETE  
39, BD. RAHA EL MESKINI - CASA  
TEL: 022 31 16 30 - FAX: 022 31 06 74

DR MIKOU A.  
ENDOCRINOLOGIE DIABETE  
39, BD. RAHA EL MESKINI - CASA  
TEL: 022 31 16 30 - FAX: 022 31 06 74

(\*) VALABLE 3 MOIS ET RENOUVELABLE 1 FOIS



**MUPRAS**

MUTUELLE DE PREVOYANCE &  
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

le 23 MAI 2011



*Mikou 59*

# DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

|                                                                                                                                                                                       |                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <p><b>Dr MIKOU A.</b> Remplir par le praticien<br/> <b>ENDOCRINOLOGIE DIABETE</b><br/>         39, BD. RAHAL EL MESKINI - CASA<br/>         TEL: 022 31 16 30 - FAX: 022 31 06 74</p> |                                          |
| Je soussigné:                                                                                                                                                                         |                                          |
| Certifie que M <sup>lle</sup> , M <sup>me</sup> , M:                                                                                                                                  | <i>Leila Bouine</i>                      |
| Présente                                                                                                                                                                              | <i>Diabète + Hypertension + Hépatite</i> |
| Nécessitant un traitement d'une durée de:                                                                                                                                             | <i>6 mois</i>                            |
| Dont ci-joint l'ordonnance                                                                                                                                                            | <i>voir ci-joint</i>                     |
| (A défaut noter le traitement prescrit)                                                                                                                                               | <i>Diabète + HTA</i>                     |

(✓) : valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

**Dr MIKOU A.**  
**ENDOCRINOLOGIE DIABETE**  
 39, BD. RAHAL EL MESKINI - CASA  
 TEL: 022 31 16 30 - FAX: 022 31 06 74

*An 1*  
*- stégid*  
*- levotyrosine*  
*An 2*  
*Uroste*  
*Rapport*  
*an 1*

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

E - mail : Mupras @ royalairmaroc.com

**Dr MIKOU A.**  
**ENDOCRINOLOGIE DIABETE**  
 39, BD. RAHAL EL MESKINI - CASA  
 TEL: 022 31 16 30 - FAX: 022 31 06 74



**MUPRAS**  
MUTUELLE DE PREVOYANCE &  
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

17 NOV. 2011

**ACCUEIL**

*24 59*

Le 10 / 11 / 2011

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien



**Dr. Najib GARTI**  
CARDIOLOGUE - RYTHMOLOGUE

Tél: 05 22 36 09 09  
Gsm: 06 81 24 30 06

19, Bd. My Rachid  
Casablanca

Je soussigné:

Certifie que Mlle, Mme, M :

*RIDA ANTO*

Présente

*HTA*

Nécessitant un traitement d'une durée de:

*3 ans*

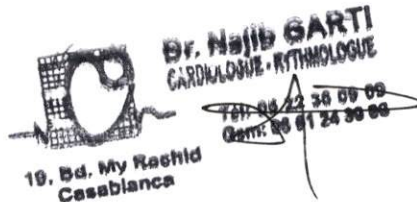
Dont ci-joint l'ordonnance:

*Lamné 50 140*  
*Fibrocarb 240 110*

(A défaut noter le traitement prescrit)

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76



21 NOV. 2011

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

E-mail : Mupras @ royalairmaroc.com



**MUPRAS**

MUTUELLE DE PREVOYANCE &  
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

Le 24 JAN. 2012

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

**DR MIKOU A.**  
**ENDOCRINOLOGIE DIABETE**  
39, BD. RAHAL EL MESKINI - CASA  
TEL: 022 31 16 30 - FAX: 022 31 06 74

Je soussigné:

Certifie que Mlle, Mme, M :

*RIDA Amine*

Présente

*Diabète - Hypothyroïdie - Troubles urinaires*  
*+ LVD*

Nécessitant un traitement d'une durée de:

*6 mois*

Dont ci-joint l'ordonnance:

*Diamun 1000 1 Stape 1 17x2*  
*Levalthyrox 100 1 Uroch 1/2*

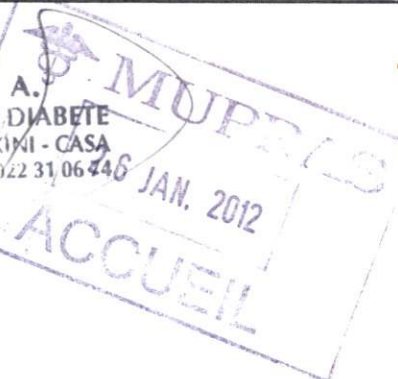
(A défaut noter le traitement prescrit)

*Levalthyrox 100 1 Fiho can 1240*

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

**DR MIKOU A.**  
**ENDOCRINOLOGIE DIABETE**  
39, BD. RAHAL EL MESKINI - CASA  
TEL: 022 31 16 30 - FAX: 022 31 06 74



SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

E-mail : Mupras @ royalairmaroc.com



**MUPRAS**

MUTUELLE DE PREVOYANCE &  
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

Mle 459

Le 07/01/2013

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné:

**Dr. Najib GARTI**  
CARDIOLOGUE-RYTHMOLOGUE  
19, Bd. My. Rachid - Casablanca  
Tél.: 05 22 36 09 09-GSM: 06 61 24 30 06

Certifie que ~~Mlle, Mme~~

RIDA AMIR

Présente

HYPERTENSION + DIABÈTE

Nécessitant un traitement d'une durée de:

6 ans

Dont ci-joint l'ordonnance:

Lamivudine 50 + Fibrocardex 80 mg/20 mg/30  
+ Statins

(A défaut noter le traitement prescrit)

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

**Dr. Najib GARTI**  
CARDIOLOGUE-RYTHMOLOGUE  
19, Bd. My. Rachid - Casablanca  
Tél.: 05 22 36 09 09-GSM: 06 61 24 30 06

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

E-mail : Mupras @ royalairmaroc.com





**MUPRAS**

MUTUELLE DE PREVOYANCE &  
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

Mle 459

18 AVR. 2013  
Le ...../...../.....

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

### A remplir par le praticien

Je soussigné:

D<sup>r</sup> MIKOU A.  
ENDOCRINOLOGIE DIABETE  
39, BD. RAHAL EL MESKINI - CASA  
TEL: 022 31 16 30 - FAX: 022 31 06 74

Certifie que Mlle, Mme, M :

Rida Amine

Présente

Diabète + HTA + Hypothyroïdisme + Dysurie + Neuropathie

Nécessitant un traitement d'une durée de:

6 ans (fix)

Dont ci-joint l'ordonnance:

Diamine 120 14h, Glucosyl 24h, Lantus 18 14h  
Uroste 14h, Doan 14h, Fibreval 24h 14h  
(A défaut noter le traitement prescrit) Lysico 75 14h

(✓) : Valable 3 mois

D<sup>r</sup> MIKOU A.  
ENDOCRINOLOGIE DIABETE  
39, BD. RAHAL EL MESKINI - CASA  
TEL: 022 31 16 30 - FAX: 022 31 06 74

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

E-mail : Mupras @ royalairmaroc.com



**MUPRAS**

MUTUELLE DE PREVOYANCE &  
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

le ..... 8 OCT 2013



*[Handwritten signature]*

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

|                                                                                                                                                                        |                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <b>D<sup>r</sup> MIKOU A.</b> le praticien<br><b>ENDOCRINOLOGIE DIABETE</b><br>39, BD. RAHAL EL MESKINI - CASA<br>TEL: 022 31 16 30 - FAX: 022 31 06 74                |                      |
| Je soussigné: .....                                                                                                                                                    |                      |
| Certifie que M <sup>lle</sup> , M <sup>me</sup> , M: <i>Fide Amine</i>                                                                                                 |                      |
| Présente <i>Diabète, HTA + dyslipidémie + Dysfonction rénale</i>                                                                                                       |                      |
| Nécessitant un traitement d'une durée de:                                                                                                                              | <i>6 mois / 1 an</i> |
| Dont ci-joint l'ordonnance. <i>Diabète: insuline, stabilisateurs, traitement HTA: lisinapril 10mg, traitement dyslipidémie: statine, traitement rénale: Lyrica 75.</i> |                      |
| (A défaut noter le traitement prescrit).....                                                                                                                           |                      |

(✓) : valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

**D<sup>r</sup> MIKOU A.**  
**ENDOCRINOLOGIE DIABETE**  
39, BD. RAHAL EL MESKINI - CASA  
TEL: 022 31 16 30 - FAX: 022 31 06 74

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

É - mail : Mupras @ royalairmaroc.com

Me 459

Le 13 OCT, 2015

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

| A remplir par le praticien                   |                                                                                                                                |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Je soussigné:                                | <b>Dr MIKOU A.</b><br><b>ENDOCRINOLOGIE DIABETE</b><br>39, BD RAHAL EL MESKINI - CASA<br>TEL: 022 31 16 30 - FAX: 022 31 06 74 |
| Certifie que Mlle, Mme, M:                   | <u>RIDA Amro</u>                                                                                                               |
| Présente                                     | <u>Diabète + HTA + Néphropathie</u>                                                                                            |
| Nécessitant un traitement d'une durée de:    | <u>6 mois (Six)</u> <span style="color: red;">12/10/2015</span><br><u>03 mois</u>                                              |
| Dont ci-joint l'ordonnance:                  | <u>Insuline No 1 - Régime 1 - Angu 50</u><br><u>Fibrolan 240 -</u>                                                             |
| (A défaut noter le traitement prescrit)..... |                                                                                                                                |

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18



M<sup>le</sup> 459

Le 26.1.24.1... 2016.

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

### A remplir par le praticien

Je soussigné:

Dr MIKOU A.  
ENDOCRINOLOGIE DIABETE  
39, BD. RAHAL EL MESKINI - CASA  
TEL: 022 31 16 30 - FAX: 022 31 06 74

Certifie que Mlle, Mme, M : Rida Amir

Présente

Diabète + HTA + Neuropathie

Nécessitant un traitement d'une durée de:

6 mois

Dont ci-joint l'ordonnance: Diamine CMB, Siofid - Anacard  
Fibrolab 240.

(A défaut noter le traitement prescrit).....

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

Dr MIKOU A.  
ENDOCRINOLOGIE DIABETE  
39, BD. RAHAL EL MESKINI - CASA  
TEL: 022 31 16 30 - FAX: 022 31 06 74





Mlle 459

459

- 5 SEP. 2018

Le .....

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le patient

**Dr MIKOU A.**  
**ENDOCRINOLOGIE DIABETE**  
39, BD. RAHAL EL MESKINI - CASA  
TEL: 022 31 16 30 - FAX: 022 31 06 74

Je soussigné: .....

Certifie que Mlle, Mme, M : Rida Amina

Présente Diabète + HTA + Neuropathie

Nécessitant un traitement d'une durée de: 6 mois

Dont ci-joint l'ordonnance: Diamio L730 stégid - Levotiroxine 250  
Nupentin 300 - Fibracal 240 - Amel 50

(A défaut noter le traitement prescrit).....

**MUPRAS**  
14 SEP. 2018  
**ACCUEIL**

(✓) : Valable 3 mois

**Dr MIKOU A.**  
**ENDOCRINOLOGIE DIABETE**  
39, BD. RAHAL EL MESKINI - CASA  
TEL: 022 31 16 30 - FAX: 022 31 06 74

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18



**MUPRAS**

MUTUELLE DE PREVOYANCE &  
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

le 15/01/2019



Mle 459

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

|                                                            |                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A adresser au médecin conseil de la MUPRAS                 |                                                                                                                               |
| Je soussigné: .....                                        | <b>Dr MIKOU A.</b><br><b>ENDOCRINOLOGIE DIABETE</b><br>19, BD. RAHAL EL MESKINI - CAS<br>TEL: 022 31 16 30 - FAX: 022 31 06 7 |
| Certifie que M <sup>lle</sup> , M <sup>me</sup> , M: ..... | <u>Pide ANINA</u>                                                                                                             |
| Présente .....                                             | <u>Diabète + HTA + Neuropathie</u>                                                                                            |
| Nécessitant un traitement d'une durée de: .....            | <u>6 mois</u>                                                                                                                 |
| Dont ci-joint l'ordonnance .....                           | <u>Diamin - 1m 30 - 80mg</u><br><u>Gepirac 75 - Fibro 140 - Anacard</u>                                                       |
| (A défaut noter le traitement prescrit) .....              |                                                                                                                               |

(✓) : valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

**Dr MIKOU A.**  
**ENDOCRINOLOGIE DIABETE**  
39, BD. RAHAL EL MESKINI - CAS  
TEL: 022 31 16 30 - FAX: 022 31 06 7

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

706459

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (\*)**  
(A adresser à l'attention du Médecin Conseil, sous pli confidentiel)

DR MIKOU A.  
ENDOCRINOLOGIE DIABETE  
JE SOUSSIGNE DOCTEUR : 39, BD. RAHAL EL MESKINI - CASA  
TEL: 022 31 16 30 - FAX: 022 31 06 74

CERTIFIE QUE Mlle, MME, MR : RIDA Amine

PRESENTE :

un diabète + HTA

NECESSITANT UN TRAITEMENT D'UNE DUREE DE :

6 mois renouvelable

DONT CI-JOINT L'ORDONNANCE.

(A DEFAUT NOTER LE TRAITEMENT PRESCRIT)

Diaminon 4730

1 x le soir

Stafid 1372

Fibrocand 24. 12h

Loxene 80 14h

22/6/10

Accord  
21 JUIN 2010  
M. RAHAL EL MESKINI

15 JUIN 2010

DR MIKOU A.  
ENDOCRINOLOGIE DIABETE  
39, BD. RAHAL EL MESKINI - CASA  
TEL: 022 31 16 30 - FAX: 022 31 06 74

(\*) VALABLE 3 MOIS ET RENOUVELABLE 1 FOIS



**MUPRAS**

MUTUELLE DE PREVOYANCE &  
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

le 06/08/19

*Mlle 459*

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

À remplir par le patient

Je soussigné: .....

Certifie que M<sup>lle</sup>, M<sup>me</sup>, M: *Ride Amin*

Présente *Diabète 147A + Neuropathie*

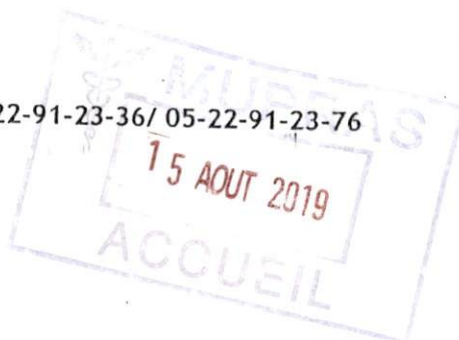
Nécessitant un traitement d'une durée de: *8 à 10 ans*

Dont ci-joint l'ordonnance *Donc milieu LM30 + Gephene 30*  
*Fibratol 100* *Amelior*

(A défaut noter le traitement prescrit).....

(✓) : valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76



**MIKOU A.**  
ENDOCRINOLOGIE DIABETE  
19, BD. RAHAL EL MESKINI - CASA  
Tél: R.022 31 16 30 - FAX:022 31 06 74

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52