

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

Nom et prénom :

RAYA RAYA CHAFAI

Matricule :

1196

N° CIN : *B.116.475*

Adresse :

Sidi ITANZOUT ESSAADA I ab 225 larra 02

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité : *CARDIOLOGIE*

N° ICE :

N° INPE : *090000092/09100893*

Certifie que Mme, Mme, M. : *MARTAH SABRIA*

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 :

Syndrome Coronar + HTA - Diabète

Dont ci-joint ordonnance :

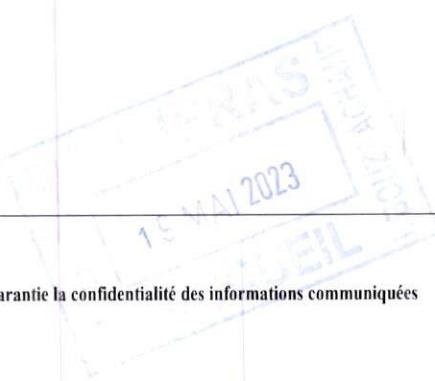
Traitements prescrit :

*- CoglaVix 100/25mg - COVERAN 5/100 - Vascor 35mg
- Dronabinol 20mg - ESAC 20mg - UQ - Naf 90mg*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Carabache le 14/03/2023*

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 :

RAMI RAMI CHAFAÏ

Matricule :

1196

N° CIN : B 116 475

Adresse :

Sidi MAAROUF ESSAADA T N° 22/1
Boulevard Anouar Casablanca 22020

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : MARTAH SAADIA

Dr. NADIR Amina
Endocrinologue - Diabétologue
182, Boulevard Anouar Casablanca
Tél: 05 22 86 44 86/05 22 86 44 44

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 :

Diabète Type 2.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

H2SO + Ioseline.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : CASA le 22 MARS 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

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

Nom et prénom :

RAMI RAMI CAMFAY

Matricule :

1196

N° CIN :

B 116 475

Adresse :

Sidi MAAROUF ESSAMIA I N° 225 casab 02

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Dr. ZAROURY*

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

MARTAN SIADDIA

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 :

ost. Rythme suffisant d'achèvement

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

2 - docto + la 4ème de laur / ml

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casab* le *28/05/2023*

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