

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

Nom et prénom :

RAT RAT CHAFI

Matricule :

1196

N° CIN :

B116 475

Adresse :

Sidi TANEOUT ESSAADA I ab 225 LANA 02

Bénéficiaire de soins :

☐ Adhérent

☒ Conjoint

☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

CARDIOLOGIE

N° ICE :

N° INPE :

090000092/09100822

Certifie que Mlle, Mme, M. :

MARTAH SAMIA

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 :

Insuffisance Coronaire + HTA - Diabète

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Coplaix 100/25-g - COVERAN 5/10-g - Varen 35-g
- NEMOUL TRIL 20-g - ESAC 20-g - LD - NOL 90-g

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca 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 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 :	RAM RAM CHAFI
Matricule :	1196
N° CIN :	B 116 475
Adresse :	Sidi MAAROUF ESSAADA I No 22 Casablanca
Bénéficiaire de soins :	<input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. :	MARTAH SADI
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 :	
Diabète Type 2	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	
H2O + Insuline	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	
Fait à :	CASA le 2/2 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 garantit la confidentialité des informations communiquées

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

Nom et prénom : **RAMI RAMI CHAFAI'**
Matricule : **1196** N° CIN : **B116475**
Adresse : **Souk HAAROUF ESSAADA I No 225 Casa 02**
Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **ZAROURY** Spécialité : **ophtalmo**
N° ICE : N° INPE : **Voir Cachet**
Certifie que Mlle, Mme, M. : **MARTINA SADDIA**
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 :

osk, Récès de diffusion de l'achromie

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **1 - lachry + la 2 pces de lach / oeil**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **22/05/2022**

Cachet et signature du médecin traitant :

DR. A. ZAROURY
Ophtalmologiste
Clinique de Casablanca
0522 25 11 15



*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