

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :  
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom : **CHRAÏBI MERIAME**

Matricule : **6493** N° CIN : **C 65498**

Adresse : **AVE MYABDELAZIZ RES. DAR EL AMAL ETG 4 N° 22 TANGER**

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigné : **Dr. Imane EL MAAMRI** Spécialité : **psychiatrie**  
Psychiatre - Psychothérapeute

N° ICE : **Addictologue** N° INPE : **INPE: 161181227**  
40 Bd Mohamed V. Résidence Dounia

Certifié que Mlle, Mme, M. **CHRAÏBI MERIAME**  
(en face de la grande poste) - Tanger  
Tel: 05 39 34 00 09

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 :**

*Trouble Bipolaire évoluant depuis une trentaine d'années  
hospitalisée plusieurs fois à la clinique psychiatrique, actuellement  
stabilisée sur : Lithium, Dépakine CR et quètiapril. Surveillance lithium  
périodique*

**Dont ci-joint ordonnance :**

Traitement prescrit :  
Lithium 250 ug : 2 . 0 . 2  
Dépakine 500 mg CR : 1 . 0 . 2  
Espéral 100 mg : 0 . 0 . 1

**Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables**

Fait à : **TANGER** le **04 AOUT 2023**

**Cachet et signature du médecin traitant :**

**Dr. Imane EL MAAMRI**  
Psychiatre - Psychothérapeute  
Addictologue  
40 Bd Mohamed V. Résidence Dounia  
(en face de la grande poste) - Tanger  
Tel: 05 39 34 00 09



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 UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom : **CHARABI MERIANE**

Matricule : **6493**

N° CIN : **C 65498**

Adresse : **AVE MLY ABDEL AZIZ RESD. DAR EL AMAL ETG 4 N° 22  
TANGER**

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **Dr ZAK**

Spécialité : **Endocrinologie**

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : **CHARABI MERIANE**

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 Non insulino dépendant  
glycémie 1g 52, HbA1c 6.2%**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

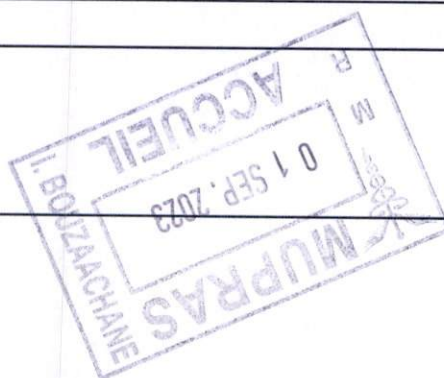
**Amorcel 2**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Tanger** le **14/08/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr. Zakaria Mohamed  
Endocrinologie et Maladies  
Métaboliques  
36, Av. Prince Héritier Appt 1  
Tél : 05 39 93 73 84 - Tanger**



En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées