

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

Noir et prénom : **FASSI FIHRI Maria**

Matricule : **0735**

N° CIN :

Adresse : **52, Bd Abdelhadi Boutaleb - Résidence Salsabila CASABLANCA**

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigné :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. **FASSI FIHRI Maria**

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 :

DIABETE TYPE 2 + surpoids pathologique
G = 135 Hémic = 715 / en traitement

Dont ci-joint ordonnance : **un ordonnance**

Traitement prescrit :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **09/03/2024**

Cachet et signature du médecin traitant :

Professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anoual
et Abdelmoumen N° 313 - Casablanca - Tél : 05 22 86 14 14



* 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 UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom : **FASSI FIHRI Maria**

Matricule : **F35**

N° CIN :

Adresse : **52 route d'Azeumman Des. Salsabila - CAS**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

INP:0911/2729

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 :

Coronopathie -



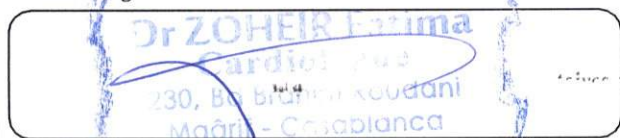
Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Cotyrelitko - Cardio Aspirin - Rozetio.**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : le **12/03 2024**

Cachet et signature du médecin traitant :



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