




## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : <b>CAHOUN RACHID</b>	
Matricule : <b>2296</b>	N° CIN : <b>B 97080</b>
Adresse : <b>LOT LA COLLINE II N°10 CALIFORNIE CASA</b>	
Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. :	
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 : <b>Starcou chronique OD<sup>th</sup></b>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <b>Azopt 1 colbre</b>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : <b>Casablanca</b> le <b>26.06.2022</b>	
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