

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : ZAKARIA IMANE	
Matricule :	N° CIN : B 440813
Adresse : 159, MANDARONA , SIDI - MAAROUF, CASABLANCA	
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 : 09104 7951
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 type="checkbox"/> A vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : <i>Glaucome</i>	
Dont ci-joint ordonnance : <i>voici ordonnance</i>	
Traitement prescrit : <i>voici ordonnance</i>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Fait à : Casablanca le 02/08/2022	
Cachet et signature du médecin traitant : <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Dr. AZHAR MUSTAPHA OPHTALMOLOGIE 131, Boulevard Abdellah Ben 4ème Etage N° 15 CASA Tel / Fax 0522 27 60 61 </div>	
 MUPRAS 08 SEP. 2022 ACCUEIL	

*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