

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom :

ATLI EL HOUSSEINE

Matricule : 339

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : D. BENNIS Omar

Spécialité : ophtalmologie

N° ICE :

N° INPE : 09M63695

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 :

Glaucome chronique à angle ouvert.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

DuotrAV collyre.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 15/11/2022

Cachet et signature du médecin traitant :

D. Omar BENNIS
Ophtalmologiste
N° 556, Av. Aba Chouaib Doukkali D.S. 2000
2ème Etage - Casablanca
Tél. : 05 22 281 541 - 080 88 24 24

* 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