

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit			
Nom et prénom : AFLI EL HOUSSINE			
Matricule : 339	N° CIN :		
Adresse :			
Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 :	<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 :			
Célu come chéromique à angle ouvert.			
Dont ci-joint ordonnance :			
Traitement prescrit :			
Duot & AV collig R.			
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 Ophtalmologue N 556, Av. Abu Choueib Doukkali Driess, 2ème Etage - Casablanca Tel. : 0522 281 541 - 050 522 541			

*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