

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

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

Nom et prénom : **BENOUNA Khalid**

Matricule : **03522**

N° CIN : **B423614**

Adresse : **17 Rue Lartti Daghini Francisco 2 Casa**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **DR LOUBNA KHAYAR** Spécialité : **ophtalmologiste**

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : **BENOUNA Khalid**

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 :

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **dacarbazine**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **21/05/23**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Loubna KHAYAR
OPHTALMOLOGISTE
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés
Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca
Tél: 05 22 95 12 89

* 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