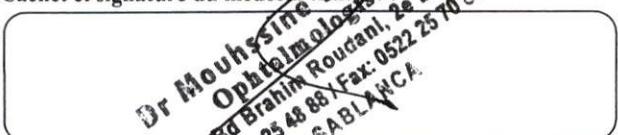


DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : Mme SOUSSI Souida Matricule : 2466 N° CIN : B 502 454 Adresse : 30, Rue Am Oulmès, les Raya EL SARRAH Bourgogne Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne : N° ICE :	Spécialité N° INPE : <i>Dr Mouhssine D'KRISSY</i> <i>Ophtalmologue</i> <i>400, Bd Brahim Roudani, 2^e Etage</i> <i>Tel: 0522 25 48 88 Fax: 0522 25 70 61</i> <i>CASABLANCA</i>
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 : <i>Syndrome de sclérose cérébrale</i>	
Dont ci-joint ordonnance : Traitements prescrits : <i>1/ An lentes ateliales + VITA paracét</i>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Fait à : <i>CASA</i> le <i>10/10/2014</i>	
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 garantie la confidentialité des informations communiquées