

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : <u>Mme SOUSSI Souida</u>	
Matricule : <u>2466</u>	N° CIN : <u>B502454</u>
Adresse : <u>30, rue Ainoulmes, Roja ELARRAH Boulogne</u> <u>CASA BLANCA</u>	
Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité : <u>Ophtalmologiste</u>
N° ICE :	N° INPE : <u>400, Bd Brahim Roudani, 2e Etage</u> <u>Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 83</u> <u>CASABLANCA</u>
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 : <u>Syndrôme noc oculaire sévère</u>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <u>A pr lous atbiedh + vita pour</u>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : <u>CASA</u>	le <u>10/01/2014</u>
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 garantit la confidentialité des informations communiquées