

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit		
<p>Nom et prénom : <u>CHOUBAÏ FOUAD</u></p> <p>Matricule : <u>05354</u>      N° CIN : <u>8539060</u></p> <p>Adresse : <u>lot EZZOUBIR N° 205 App 2 OULEA CASA</u></p> <p>Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p>		
<p>Docteur Mohamed BENNANI      Partie réservée au médecin traitant</p> <p>Je soussigne : <u>Ophtalmologiste</u> <u>54, Bd. Rachidi - Casablanca</u> <u>Tél. : 05 22 22 40 22 / 05 22 22 62 22</u></p> <p>Spécialité : <u>Ophtalmologue</u></p> <p>N° ICE : <u>091025155</u>      N° INPE : <u>001709416000017</u></p> <p>Certifie que Mlle, Mme, M. : <u>CHOUBAÏ FOUAD</u>.</p>		
<p>Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> &lt; 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie</p>		
<p>Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :</p> <p><u>glauque chronique</u></p>		
<p>Dont ci-joint ordonnance :</p> <p>Treatment prescrit : <u>Cosopt. Marchen - Vis nerol.</u></p>		
<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables</p> <p>Fait à : <u>Casablanca</u> le <u>3/3/2022</u></p> <p>Cachet et signature du médecin traitant</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <p>Docteur Mohamed BENNANI Ophtalmologiste 54, Bd. Rachidi - Casablanca Tél. : 05 22 22 40 22 / 05 22 22 62 22</p> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  </div>		

\*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