

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	MARNISSI Ahmed
Matricule :	00447 N° CIN : B119354
Adresse : Résid. AL Wiam Imm 12 N°7 OULFA. Casse.	
Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité : OPHTALMOLOGISTE
N° ICE : 002 380 000 57	N° INPE : 091091520
Certifie que Mlle, Mme, M. : MARNISSI AHMED	
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 :	
Hypertonie oculaire 26/26.	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : COLIRI CALPU PAC en culture associée à un antibiotique.	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : Co. Sa	le 21/03/2022
Cachet et signature du médecin traitant :	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Docteur R. LAMRANI Ophtalmologiste</p> </div> <div> <p>MUPRAS 22 MAR. 2022 ACCUEIL H. HAKANI</p> </div> </div>	

\* 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