

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

| Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit | | |
|---|---|---------------------|
| Nom et prénom : | <i>BIBLAT MUSTAPHA</i> | |
| Matricule : | 05628 | N° CIN : B . 406578 |
| Adresse : | <i>Dr Houria Rue 208. n° 74 HAY HASSANI Casab.</i> | |
| Bénéficiaire de soins : | <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | |
| Partie réservée au médecin traitant | | |
| Je soussigne : | Spécialité : | |
| N° ICE : | N° INPE : 0912-19352 | |
| Certifie que Mlle, Mme, M. : | <i>BIBLAT Mustapha</i> | |
| 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>Glaucome osseux</i> | | |
| Dont ci-joint ordonnance : |  | |
| Traitement prescrit : | <i>Anhéglos contraceptif</i> | |
| Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables |  | |
| Fait à : <i>DRSA</i> le <i>14/03/2022</i> | | |
| Cachet et signature du médecin traitant : | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> DR. JIHAD SAFAÂ • OPHTHALMOLOGISTE • Angle bd Sidi abderrahmane et bd abdelhadi Boutaleb (ex route d'azemour) Entrée A . Apt 3 . 2 eme étage Casablanca / tel: 05 22 09 87 57 / 06 14 33 07 28 </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