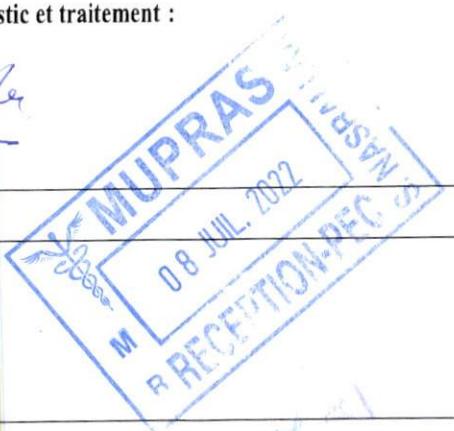
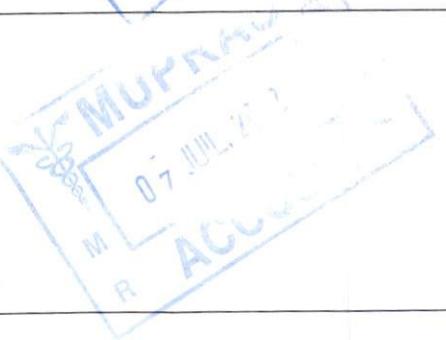


DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit		
Nom et prénom : MHAMDI MUSTAPHA Matricule : 1409 N° CIN : B48133 Adresse : 5, RUE KADI IASS APPT. N°6 MAARIF CASABLANCA Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Partie réservée au médecin traitant		
Je soussigne :	Spécialité :	Ophtalmologie
N° ICE :	N° INPE :	
Certifie que Mlle, Mme, M. : MHAMDI MUSTAPHA 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>Ca la cause du longue oeil</i>		
Dont ci-joint ordonnance : Traitement prescrit : <i>Xalagut coll Zolaz coll Thealone coll.</i>		
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Fait à : CASA le 21 06 2022		
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