

7<sup>le</sup> = 2548

Réf. : PR03\_004

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : FAIHA BRAHIN	
Matricule : 2548	N° CIN :
Adresse :	
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 : 001777237300006	N° INPE : 09M56984
Certifie que Mlle, Mme, M. : FAIHA BRAHIN	
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 : 1 glaucome	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : - Xelomaf - Alphagan - Proton	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : CSA	le 02/10/2022
Cachet et signature du médecin traitant :	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <p><b>Dr. LAOUISSI Nadia</b> Professeur en ophtalmologie 76, Boulevard Abdelmoumen Res Koutoubia-Casablanca Tél: 05 22 99 46 00 / 05 22 99 00 15</p> </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