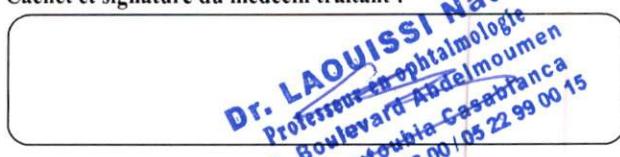


7<sup>fe</sup> 2548

Réf. : PR03\_004

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
<b>Nom et prénom :</b>	FAIHA BRAHIM
<b>Matricule :</b>	2548
<b>Adresse :</b>	
<b>Bénéficiaire de soins :</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
<b>Je soussigne :</b>	Spécialité :
<b>N° ICE :</b> 001773237300006	<b>N° INPE :</b> 09M56984
<b>Certifie que Mlle, Mme, M. :</b> FAIHA BRAHIM	
<b>Nécessitant un traitement d'une durée :</b>	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie
<b>Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :</b>	
/ glaucome	
<b>Dont ci-joint ordonnance :</b>	
<b>Traitements prescrits :</b>	- Xolane - Codogyn -
- Alphagan - Prostiva	
<b>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables</b>	
<b>Fait à :</b>	CRSA le 01/10/2021
<b>Cachet et signature du médecin traitant :</b>	
	
	

\*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