

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	<i>Dr SOUHAÏL Abdallahi</i>
Matricule :	0749
N° CIN :	<i>B 8033</i>
Adresse :	<i>15000 Rue Lakhdar Ferne Brune Casablanca</i>
Bénéficiaire de soins :	<input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. : <i>A2 B2 - Zohra</i>	
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : <i>Glaucome stade avancé OD G</i>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitements prescrits :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mono prepst</li> <li>- cosapt.</li> </ul>
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	le /
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