

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : Mohammed	
Matricule : 3651	N° CIN : C 153773
Adresse : HAY SALAM AVN Imsm Boukhari Psg 6 N°6 Midig	
Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne : Dr. CHAMMOIT Fatima Zohra OPHTALMOLOGISTE	Spécialité : Ophthalologie
N° ICE : Av.Hassan II Rés Manté Carlo Bloc B app N°3 - Tél: 0522-22-78-15	N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. : Mohammed	
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 : Glaucome = Angle ouvert.	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Dr. Chammouit - Navita E 40	
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