

Mlle 7115



# DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

## Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : Sifeddine Abdallah

Matricule : 7115

N° CIN : B537055

Adresse : 16 Passage 4 Tissi II Bemechia

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

## Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Dr. Khalid Majdoul

Spécialité : ophtalmologie

N° ICE : 061181541

N° INPE : 061181541

Certifie que Mlle, Mme, M. : KENNOUN Samir

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

hypertonie oculaire + grande excoelation

Dont ci-joint ordonnance :

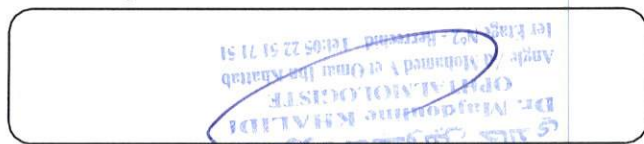
Traitement prescrit :

Non prescrit

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Beulid le 29/03/23.

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 garantit la confidentialité des informations communiquées

M<sup>le</sup> 7115

 <b>MUPRAS</b> Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc	<b>DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS</b>	code : PR2FR04
		Version : 01
		Date : 24/05/2022

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : <b>Sifedouine Abdallah</b>	
Matricule : <b>7115</b>	N° CIN : <b>B537055</b>
Adresse : <b>16 Passage 4 Tassin II. Benechid</b>	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne : _____ Spécialité : <b>Généraliste</b>	
N° ICE : <b>00027784000027</b>	N° INPE : <b>061173340</b>
Certifie que Mlle, Mme, M. : <b>Kennam Smaad</b>	
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 : <b>DNID</b>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <b>Felaxol 10mg</b> <b>Toramicum 60</b> <b>Dr = fermier 100</b>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : <b>Benechid</b> le : <b>09/04/2023</b> Cachet et signature du médecin traitant : <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px; margin-top: 10px;">  </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