

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

Nom et prénom : **DENNOURI MOSTAFA**

Matricule : **3710**

N° CIN : **B. 121 913**

Adresse : **02 RUE DU TIGRE DE RESIDENCE SAMIA 5<sup>e</sup> ETA. APP. N<sup>o</sup> 11  
MANS SULTAN CASA.**

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigné : **Hamza BENNOUAN**  
Cardiologue

Spécialité :

N° ICE : **Bd. Abdelmoumen et Rue Abdelmalek  
CASABLANCA  
Tél. 05 22 86 39 39 / 38 38**

N° INPE : **INP : 91026914**

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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 :

**متح ملحوظ**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

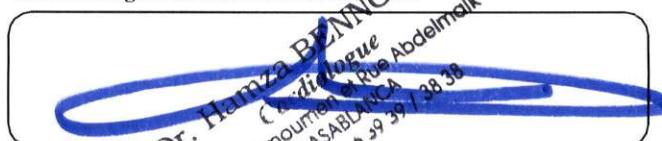
**INELIZ  
NSR. 155**

**10  
10  
1/2**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **le 14 JUIN 2023**

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

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : *DENNOURI MOSTAFA*

Matricule : *37AO*

N° CIN : *B. 121913*

Adresse : *02 RUE DU TIGRE RESIDENCE SAMIA SEITA . APP. M1 MEKSULTAN CASA*

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

### Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE : N° INPE : *109 1166538*

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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

*Glaucome chronique à angle ouvert*

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

*CV. + OCT papillarie*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrit :

*Travatan au longue durée*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *CASA* le *13/06/2023*

Cachet et signature du médecin traitant :



\*Cette déclaration est renouvelable une fois