

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 RESIDENCE SAMIA SEETA. APP. N° 11
MENS SULTAN CASA.**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigné : **Dr. Hamza BENNOUNA**
Cardiologue
Bd. Abdelmoumen et Rue Abdelmalk
CASABLANCA
Tél. 05 22 86 39 39 / 38 38

Spécialité :

N° ICE :

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 :

HFA 1/200 mg

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **INTEL 300 1/12**
NOVA 100 5

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : le **14 / JUIN 2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Hamza BENNOUNA
Cardiologue
Bd. Abdelmoumen et Rue Abdelmalk
CASABLANCA
Tél. 05 22 86 39 39 / 38 38

ACC
20 JUIN 2023

* 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 :	37AD
N° CIN :	B. 121913
Adresse :	02 RUE DU TIGRE RESIDENCE SAMIA 5 ^{EME} ET. APP. 01
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
MERSULTAN CASA	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE : 09 11 66 538
Certifie que Mlle, Mme, M. :	
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
G lacrim chronique à angle ouvert	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
CV. + OCT papillaire	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	
Travatan au long durée	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	le 13/06/2023
Cachet et signature du médecin traitant :	
	

* Cette déclaration est renouvelable une fois