

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : **BACHRY MOSTAFA**

Matricule : **2343** N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **DR. BENAMAR FAÏÇAL** Spécialité : **OPHTALMOLOGIE**

N° ICE : **002144947000087** N° INPE : **091020891**

Certifie que Mlle, Mme, M : **BACHRY MOSTAFA**

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 :

GLAUCOME + SYNDROME SEC OCULAIRE CHRONIQUE

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASABLANCA** le **22/06/23**

Cachet et signature du médecin traitant :

Docteur BENAMAR Faïçal
Maladies & Chirurgie des Yeux
23, Rue du Prince Moulay Abdellah
Casablanca - Tél : 022.22.05.66



* 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