

ML
309

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	
Matricule :	N° CIN :
Adresse :	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité : <i>ophtalmologie</i>
N° ICE : <i>002059557000024</i>	N° INPE : <i>05188227</i>
Certifié que <i>Mlle, Mme, M. : AGUERSAFN</i>	
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 : <i>TO : 15 mmHg / 10 mmHg FO : Ataxie opto. OCT : Ataxie diffuse GCL</i>	
Dont ci-joint ordonnance : <i>Chap visuel par test de l'arc</i>	
Traitement prescrit : <i>lunettes 10/20 - 10/20</i>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : <i>Casa le 14/03/24</i>	
Cachet et signature du médecin traitant : <div><i>Dr. NAYMI Karim</i> <i>Ophtalmologie</i> <i>Lot. Nassim, Lot N°5 Route d'Azemmour</i> <i>- Casablanca -</i> <i>Tél: 0522-36-60-79 / 0643-08-22-95</i></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