

## 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 :  Adhérent  Conjoint  Enfant

### Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Dr. Zineb LAZRAK

Spécialiste en Ophthalmologie

N° ICE :

Angle Mly Youssef & Rue Nadoud, 3ème étage

N° INPE :

N° 5, Casablanca - Tél. : 05 22 47 53 90

281174507

Certifie que Mlle, Mme, M. :

en hoji - hojdu

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 & ongle ouvert

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

Monopost

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 24 Jan 2022

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Zineb LAZRAK  
Spécialiste en Ophthalmologie  
Angle Mly Youssef & Rue Nadoud, 3ème étage  
N° 5, Casablanca - Tél. : 05 22 47 53 90



\*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