

## 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 :
N° ICE :	N° INPE : 281174507
Certifie que Mlle, Mme, M. : <i>Ennahj</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>glaucome d'angle ouvert</i>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <i>Mono prost</i>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : <i>Casablanca</i>	le <i>24 JAN 2022</i>
Cachet et signature du médecin traitant :	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>Dr. Zineb LAZRAK</b> Spécialiste en Ophtalmologie Angle Mly Youssef &amp; Rue Nadoud, 3ème étage N° 5, Casablanca - Tél. : 05 22 47 53 90         </div> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; display: inline-block; transform: rotate(-10deg);"> <b>MUPRAS</b> ACCUEIL 24 JAN 2022 L. BOUZACHANE         </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