

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : **EL AILI EL HOUSSINE**

Matricule : **339** N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **D Bennis Omar** Spécialité : **ophtalmologie**

N° ICE : N° INPE : **0911 63678**

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 :

Glaucome chronique à angle ouvert.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Duotrov cellyce 3X192.10

Pharmacie Massira Hassanania
Rue 6 - Oujda
Casablanca - Tél : 05 22 89 57 77

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **09/03/2022**

Cachet et signature du médecin traitant :

D. Omar BENNIS
Ophtalmologiste
N° 030, Av. Aba Chouaib Doukkali Drissia
2ème Etage - Casablanca
Tél : 05 22 281 541 - 060 23 84 332



INPE
092041805

* 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