

MLE 975

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>ophtalmologiste</i>
N° ICE : <i>Pr. Med. HAMDANI</i> <i>OPHTALMOLOGISTE</i> <i>24, Rue Imama Alioussi-Bourgoine</i> <i>Tél.: 0522 27 67 46/51 (L.G)</i> <i>Casablanca</i> <i>INPE: 091071886</i>	N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. : <i>HATTARY fatima</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>Hyposecretion lacrymale ORL</i> <i>hypertonie oculaire à 25mmHg ORL.</i>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <i>alluvic</i> <i>Carbopol LP2%</i>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Fait à : <i>Casa</i> le <i>07/03/2022</i> Cachet et signature du médecin traitant :	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <i>Pr. Med. HAMDANI</i> <i>OPHTALMOLOGISTE</i> <i>24, Rue Imama Alioussi-Bourgoine</i> <i>Tél.: 0522 27 67 46/51 (L.G)</i> <i>Casablanca</i> <i>INPE: 091071886</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