

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6
MOIS**

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

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

Nom et prénom :

HABILLE

SAID

Matricule :

9766

N° CIN :

--B-567860

Adresse :

273, BD MLY YANSEF - Casablanca - Anfa

Bénéficiaire de soins :

☐ Adhérent

☒ Conjoint

☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

ICE:

002102200000053

N° INPE :

INPE: 091016931

Certifie que Mlle, Mme, M. :

M. HABILLE SAID

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

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

cosopt culbure

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

CASA

le 18/10/2022

Cachet et signature du médecin traitant :



* 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