

**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 :

Matricule :

527

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Dr FILTY KHADIJA Spécialité :

N° ICE : 191 008 888

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

CHABABOU

Quatrième

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 :

Glenoase à angle ouvert droite
Bilatéral + Syndrome Sec

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

- Hypotonisants collagés (Rompofast)
- Comprimés anti-goutteux

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 24/05/2022

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 garantie la confidentialité des informations communiquées