

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : **ZAKARIA IMANE**

Matricule : **5396**

N° CIN : **B440813**

Adresse : **159, MANDARONA, SIDI-MAAROUF - CASABLANCA**

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

### Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE : **091047954**

*Dr. AZHARI Mustapha  
OPHTALMOLOGUE  
731, Boulevard Abdelmoumen  
4ème Etage N° 15 - CASA  
Tél./Fax: 0522 27 60 61*

Certifie que Mlle, Mme, M. : **ZAKARIA IMANE**

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 avec sténose sévère visuelle  
et périmétrique avec très multiple nerf  
glaucoskop*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

*Confort alle - Xolane eye drop Alphagoyn 10%*  
*Tropon - Timolol M*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASABLANCA** le **12/06/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

*Dr. AZHARI Mustapha  
OPHTALMOLOGUE  
731, Boulevard Abdelmoumen  
4ème Etage N° 15 - CASA  
Tél./Fax: 0522 27 60 61*

\*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