

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : **BACHRY · MOSTAFA**  
 Matricule : **2343** N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

### Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **DR. BENAMAR FAÏCAL** Spécialité : **OPHTALMOLOGIE**

N° ICE : **0021449470000 87** N° INPE : **09 1020891**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **BACHRY · MOSTAFA**

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 + SYNDROME SEC OCULAIRE CHRONIQUE**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :



Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASABLANCA** le **22/06/23**

Cachet et signature du médecin traitant :

  
**Docteur BENAMAR Faïcal**  
*Médecin & Chirurgie des Yeux*  
**23, Rue du Prince Moulay Abdellah**  
**Casablanca - Tél : 022.22.05.66**

\*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