

**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 :

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr Mouhssine D'KHISSY**
Ophtalmologiste
400, Bd Brahim Roudani, 2e Etage
N° ICE : Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88
CASABLANCA

Spécialité : **Ophtalmologiste**
400, Bd Brahim Roudani, 2e Etage
N° INPE : Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88
CASABLANCA

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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 :

Syndrôme sec

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

A pm collyre mouillants

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *CASA* le *01/02/2023*

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr Mouhssine D'KHISSY
Ophtalmologiste
400, Bd Brahim Roudani, 2e Etage
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88
CASABLANCA



* 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

