

**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 : **MHAMDI MUSTAPHA**

Matricule : **1409** N° CIN :

Adresse : **5, RUE KADI IASS App. N° 6 HAARIF CASABLANCA**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : Spécialité : **Ophtalmologie**

N° ICE : N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : **MHAMDI MUSTAPHA**

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 O.D.**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Xolacome coll 1gtt la soir O.D.**  
**Proser coll 1gtt x 24 O.D.**  
**Proser coll 1gtt x 36 O.D.**  
**traitement en continu.**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASABLANCA** le **06/10/2023**

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

