

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom : **MHAMDI MUSTAPHA**
Matricule : **1409** N° CIN :
Adresse : **5, Rue Kadi' IASS apt. n°6 HAARIF CAS**
Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **D^r RAISS Abderrahmane** Spécialité : **Ophthalmologue**
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 :

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **- larmabak 0,9%
- xalacom.**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **28/02/2024**

Cachet et signature du médecin traitant :





En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées