



**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :**  
**VALIDE 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 app. n°6 DAARIF CASA

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : Dr AISS 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 :**

Traitements prescrits :  
- 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 garantie la confidentialité des informations communiquées