

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : *EL AILI EL HOUSSINE*

Matricule : *339* N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

### Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *D' Bennis amar* Spécialité : *ophtalmologie.*  
N° ICE : *0911 63678* N° INPE :

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 :

*Glaucome chronique à angle enval.*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

*Quatrov callyce 3X192.10*  
*pharmacie Massira Hassania*  
*Dr. Elia HAOUZIR*  
*Lot Massira Hassania Rue 6 - Our*  
*Casablanca - Tél : 05 22 89 57 77*  
*INPE 092041805*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casablanca* le *09/03/2022*

Cachet et signature du médecin traitant :

*M. Omar BENNIS*  
*Ophthalmologiste*  
*N° 035, Av. Aba Chouib Doukkali Drissia*  
*2ème Etage - Casablanca*  
*Tél : 05 22 281 541 - 060 23 84 222*



\*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