

MLE gAS

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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 :

Pr. Med. HAMDANI
OPHTALMOLOGISTE
24, Rue Imame Alioussi-Bourgogne
Tél.: 0522 27 67 46/51 (L.G)
Casablanca

Spécialité :

ophtalmologiste

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

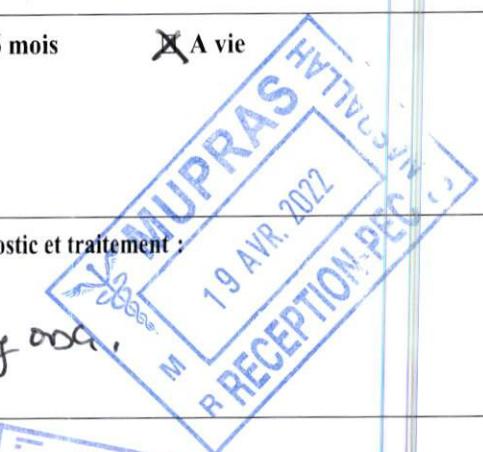
INPE: 091071886

HAFNA Ry fatima

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 :

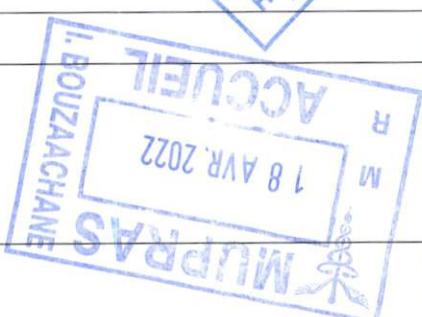
Hypo sécrétion lacrymale droite
Hyper tonicité oculaire à 2 mmHg oda.



Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

Alleveic
Carbol LP2%

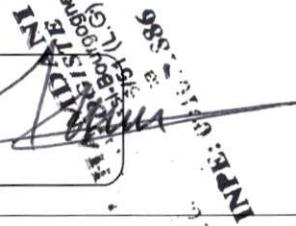


Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casa le 07/03/2022

Cachet et signature du médecin traitant :

Pr. Med. HAMDANI
OPHTALMOLOGISTE
24, Rue Imame Alioussi-Bourgogne
Tél.: 0522 27 67 46/51 (L.G)
Casablanca
INPE: 091071886



*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