

8924

Réf. : PR03\_004

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : LAHYANE EL HADJ

Matricule : 2924

N° CIN : 8.107788

Adresse : 23 Lotissement Oumane 4 Rue Soltana 2  
Bd Omar Ben KHATTAB Sidi Monnen Casa

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

Ophthalmologie

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

LAHYANE EL HADJ

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 ouvert

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Xalacom

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : CASA

le

13/09/2022

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