

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom :

IBRATTINI, Mohamed

Matricule :

0750

N° CIN :

Adresse :

47145 (ophé et docteur - 60111 casab)

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

### Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE : 0016241270000

N° INPE :

ophtalmologie  
091062729

Certifie que Mlle, Mme, M. : IBRATTINI, Mohamed

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 :

champ visuel altéré avec menace  
sur le point de fixation 0.06

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

cf. ordonnance  
IDROFlog vised + cosopt x6 mois  
ACCUEIL

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Medin le 30/12/2022

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 garantie la confidentialité des informations communiquées