



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	IBRAHIMI Mohamed
Matricule : 0750	N° CIN :
Adresse : 47 Mussohoh el Moussouh - Souk el Chah	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité : ophtalmologiste
N° ICE : 0016241270040	N° INPE : 091062729
Certifie que Mlle, Mme, M. : IBRAHIMI Mohamed	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> 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 PDL	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : cf. ordonnance IDROFog visuel + césopht x 6 	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : Medina 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 garantit la confidentialité des informations communiquées