

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom : **SALMI JOHAMED**

Matricule : **1867**

N° CIN : **B 409139**

Adresse : **HAY MOUBARAKA . Bte 114 N°8 ALGODS BERRADJ - CAS**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr. Abdelhak BOUCHTA** Spécialité : **Ophthalmologiste**

N° ICE : **asablanca** N° INPE : **70, Rue Allal Ben Abdellah 1^{er} Etage**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **SALMI JOHAMED**

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ A vie

Glaucome chronique

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

OCT de Contrôle tous les ans

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Rompnet Collyn**



Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **11/05/23**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Abdelhak BOUCHTA
Ophthalmologiste
70, Rue Allal Ben Abdellah 1^{er} Etage
Casablanca
Tél : 05 22 47 23 45 / 05 22 47 14 72

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées