

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6  
MOIS**

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

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

Nom et prénom :

ORIRANE REDAD

N° 915

Matricule :

#915

N° CIN :

Adresse :

106 Rue Abdouhammed SAHRAOUI Im3. 9e ETG CASA

Bénéficiaire de soins :

☒ Adhérent

☒ Conjoint

☒ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Dr. LAOUISSI Nadia  
Professeur en ophtalmologie  
76, Boulevard Abdelmoumen  
P. Koutoubia Casablanca  
Tél : 05 22 99 46 60 / 05 22 99 00 15

Spécialité : OPHTALMOLOGIE

N° ICE :

001772323000006

N° INPE :

09M56984

Certifie que Mlle, Mme, M. :

ORIRANE REDAD

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

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

TRAVATAN - XOLANOL

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

CASA

le 15/07/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. LAOUISSI Nadia  
Professeur en ophtalmologie  
76, Boulevard Abdelmoumen  
P. Koutoubia Casablanca  
Tél : 05 22 99 46 60 / 05 22 99 00 15

\* 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