

**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 :

Matricule : 652

N° CIN :

Adresse : N° 168 Rue Nasser n° 2 ci° Hassan - Benslimane - MAROC

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

091062729

Certifie que Mlle, Mme, M. : BACHRA Haliba

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
cf champ visuel

Dont ci-joint ordonnance :

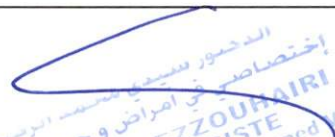
Traitement prescrit :

cf ordonnance

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : MOHAMEDIA le 06/05/2023

Cachet et signature du médecin traitant :





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