

**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 : **MOUSSAID ABDELKARIM**

Matricule : **11244**

N° CIN : **BES01566**

Adresse : **Haf el oussra Ave 50 N° 157**

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

**Dr. EZ-ZAHRAOUI REDA**

**Ophthalmologiste**

**219, Avenue Lahraouine Cité Djemaa**

**2ème Etage, Sbata - Casablanca**

**Tél: 05 22 29 18 29 - Urgence: 06 73 70 34 68**

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité : **Ophthalmologie**

N° ICE : **008062837000026**

N° INPE : **091196543**

Certifie que Mlle, (Mme, M.) : **Maril Saïda**

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 : Hypertonie oculaire / forte myopie  
- Oculoglaucome : 2ème stade en fait d'art : syndrome de paracat papillaire

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**prostaglandine en collyre**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **02/01/24**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr. EZ-ZAHRAOUI REDA**  
**Ophthalmologiste**  
**219, Avenue Lahraouine Cité Djemaa**  
**2ème Etage, Sbata - Casablanca**  
**Tél: 05 22 29 18 29 - Urgence: 06 73 70 34 68**



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