

**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 : **M' ZAHED Jilali**

Matricule : **2537**

N° CIN : **B 105963**

Adresse : **AL QODS RE ALFAJR RY HANE N° 6 BAWMOUSI CASA**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M.

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 simple

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Collyr Anti-glaucomateux A 4/15

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **1** **14/2/24**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Abdelhak BOUCHTA
OPHTALMOLOGISTE
70, Rue Allal Ben Abdellah
Casablanca
Tél 0522 47 33 45 / 0668 40 25 24

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