

**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 : **OUSSOUS BRAHIL**

Matricule : **1543** N° CIN : **B213731**

Adresse : **Bd Abdelhak Senhaji, Amal 3, N°1 CASABLANCA**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **Dr EL ASRI Mohamed** Spécialité : **ophtalmologiste**

N° ICE : **001793632000059** N° INPE : **081047829**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **OUSSOUS BRAHIL**

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 : **Xalatan**  
**Alphagan**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASA** le / **01 MARS 2024**

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