

**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 :

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins :

☒ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité : **OPHTALMOLOGIE**

N° ICE : **00177233000006**

N° INPE : **09MS6984**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **GRIRANE REDAO**

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 :

**Xelence  
- Trisoptan**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASABLANCA** le **26/02/2024**

Cachet et signature du médecin traitant :

**DR. LAOUEST Nadia**  
Professeur en ophtalmologie  
Res. K. Moutoula Casablanca  
Tel : 05 22 99 00 15

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