

**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 : **DENNOURI MUSTAFA**

Matricule : **3710**

N° CIN : **B. 121913**

Adresse : **02 RUE DU TIGRE RESIDENCE SAMIA 5<sup>E</sup> ET. APP. 10 MERBULTAN  
CASA.**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE : **09 66538**

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois

☐ Entre 3 et 6 mois

☒ A vie

**blancome chronique à angle ouvert**

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

**eu + oct papillaire**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**travaux au long durée**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **05/01/2024**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr. Mohammed Mikou**  
Ophthalmologiste  
N° 18 - CASABLANCA

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