

MLE-9766



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6  
MOIS

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

HABILLE SAID

Matricule :

9766

N° CIN : - B-567860

Adresse :

273, BD MLY YOUSSEF - Casablanca - Af

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

ICE:

N° INPE :

INPE: 091016931

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Mr HABILLE SAID

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 charnigue

Dont ci-joint ordonnance :

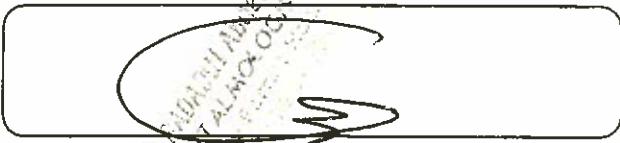
Traitements prescrits :

CoSopt eye drop

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : CASA le 18/10/2022

Cachet et signature du médecin traitant :



\*Cette déclaration est renouvelable une fois

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