

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	BERRADA NADIA
Matricule :	10017
	N° CIN : BE 42 002
Adresse :	
Bénéficiaire de soins :	<input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Dr SAIFADUI NORA Spécialité : Ophtalmologiste
N° ICE :	002308163000062
	N° INPE : 091242545
Certifie que Mlle, Mme, M. :	BERRADA NADIA
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie
<ul style="list-style-type: none"> - Cosopt (actuellement) - Thealose (a) 	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
Hypertension Oculaire + Neuropathie Optique chronique = Glaucome Odg.	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Cosopt + Thealose	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Fait à : CASABLANCA le 09/09/2022	
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