

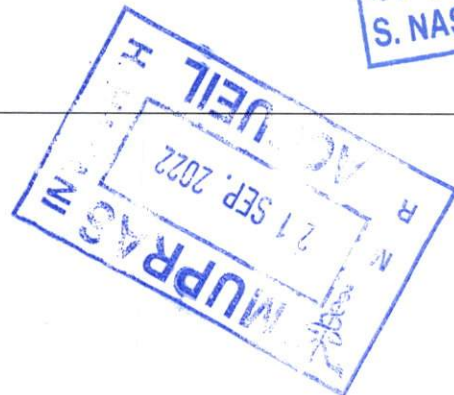


DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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) - Théalose (") 	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : Hypertonie oculaire + neuropathie Glaucomateuse = Glaucome OAG.	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Cosopt + Théalose	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : CASABLANCA le 17/09/2022	
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 garantit la confidentialité des informations communiquées