

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	MR BENCHERIF Sidi - Saïd
Matricule :	2048 N° CIN : A 45930
Adresse :	Telephone 0661453762
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Dr. BERRADA Moham Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
104, Bis Bd. Abdelmoumen, Rce ACAPULCO	OPHTHALMOLOGISTE
Tél.: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41	
E-mail: berrada.hamid@omall.com	N° INPE : I.N.P
Certifie que Mlle, Mme, M. :	091032771
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
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
Hypertension oculaire ex corrélation possiblement + Stéatorrhée. Obstruction glaucomateuse o. l'OCT + champs visuel	
Dont ci-joint ordonnance :	+
Traitement prescrit :	Timoptol LA collyre
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	le 13/12/22
Cachet et signature du médecin traitant :	
 Dr. BERRADA Mohammed OPHTHALMOLOGISTE 104, Bis Bd. Abdelmoumen, Rce ACAPULCO Tél.: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41 E-mail: berrada.hamid@omall.com	
 <p>ACCUEIL I. BOUZAACHANE 03 JAN. 2023 MUPRAS</p>	

*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