

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	MR BENCHERIF Sidi-Said
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
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Dr. BERRADA Mohammed OPHTALMOLOGISTE 104, Bis Bd. Abdelmoumen, Rce ACAPULCO Tél.: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41 E-mail: berrada.hamid@gmail.com
N° ICE :	Spécialité : N° INPE : I.N.P. 091032771
Certifie que Mlle, Mme, M. :	BENCHERIF Sidi-Said
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 : Hypertonie oculaire ex cavation pupillaire + atrophie. atteinte glaucomeuse à 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 :	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr. BERRADA Mohammed OPHTALMOLOGISTE 104, Bis Bd. Abdelmoumen, Rce ACAPULCO Tél.: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41 E-mail: berrada.hamid@gmail.com </div>	

* 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

