

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom :

JARNISSI Ahmed

Matricule :

447

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

JARNANI HASSO

Spécialité : OPHTALMOLOGIE

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme ☒ M. :

JARNISSI Ahmed

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 :

Neuropathie optique GLAUCOMEUSE
(H.T.O. EXCAVATION PAPILLAIRE)

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

COSOPT collyre 1g/1 2/5 39 ans renouvelable

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

CASABLANCA le 26.01.2023

Cachet et signature du médecin traitant :


Dr R. JARNANI
Ophtalmologiste
Ophtalmo Clinique
13, Rue des Papillons
Tél : 0522 25 71 71 (5L)
INPE : 0522 1520

* 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