

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6  
MOIS**

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

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

Nom et prénom :

MR BENCHERIF Sidi-faïd

Matricule : 2048

N° CIN : A 45930

Adresse :

Telephone 0661453762

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ 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

Spécialité :

**I.N.P**

N° ICE :

N° INPE :

**091032771**

Certifie que Mlle, Mme, M. :

BENCHERIF SIDI FAID

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 :

glaucome confirmé par l'oculiste champs visuel.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Timoptol LT collige

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le 13 AVR. / 2023

Cachet et signature du médecin traitant :

**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



\* 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