

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

Nom et prénom :

MR BENCHERIF Sidi-faïd

Matricule :

2048

N° CIN :

A 45930

Adresse :

Telephone 066-1453762

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-faïd

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 :

alourdissement confirmé par l'occlusion visuelle.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

Augmenter la 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 garantie la confidentialité des informations communiquées