

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : **Mme TORJMAN ilham**

Matricule : **8369** N° CIN : **E433675**

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Dr. BERRADA Mohammed
OPHTALMOLOGISTE

Je soussigne :

Spécialité : **104, Bis Bd. Abdelmoumen, Rce ACAPULCO**
Tél. : 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41

N° ICE :

N° INPE : **091032771**

Certifie que Mlle Mme, M. : **TORJMAN ilham**

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'oct + change visuel

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

AZAGA collyre

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **le 8 JAN. 2022**

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@mail.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