

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	M ^{me} TORJMAN ilham
Matricule :	8369
N° CIN :	E433675
Adresse :	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" 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 :	N° INPE : 091032771
Certifie que Mlle, Mme, M. : TORJMAN ilham	
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 : Glaucome confirmé par l'OCT + champs visuel	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : AZARGA collyre	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	1e8 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@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