

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : **HRAR BOUCHAÏB**

Matricule : **580**

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Pr Ass BOUZZA Mohamed** Ophthalmologie

Spécialité :

N° ICE : **131205884**

N° INPE :

1311205884

Certifie que Mlle, Mme, M. : **LAHRAR Fatima**

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 , OCT papillone / cheve visuel / Alteratioi Glancosateur

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrit :

Dutran

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le

14/04/22

Cachet et signature du médecin traitant :



*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