

2924

Réf. : PR03_004

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : LAHYANE EL HADJ

Matricule : 2924

N° CIN : B. 107788

Adresse : 23 Lotissement Amane 4 Rue Seltana 2
Bd Omar Ben KHATTAB Sidi Moumen Casa

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité : Ophthalmologie

N° ICE :

N° INPE :

Certifié que Mlle, Mme, M. : LAHYANE EL HADJ

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 chronique à Angle ouvert

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Xalacom

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : CASA le 29/09/2022

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 garantit la confidentialité des informations communiquées