


00739

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	BOUJADA Ahmed
Matricule :	00739
N° CIN :	13 505 143
Adresse :	SALMIA 2 Rue 1 17775 CASA
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Dr. ESSALIME KARIMA Ophtalmologue	
Je soussigne :	146, Bd Joulane Appt 1 Salmia 2
Spécialité :	Ophtalmologue
N° ICE :	CASA - Tél : 0522 57 00 55
ICE N° :	091034553
N° INPE :	091034553
Certifie que Mlle, Mme, M. :	001781653000094 Mr. Boujada Ahmed
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 chronique bilatéral très avancé + Syndrome See sévère	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Duotrav	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	CASA le 22/12/2022
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