

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

Nom et prénom : **BENTALHA MOHAMMED**  
 Matricule : **2192** N° CIN : **B 340454**

Adresse : **20 Rue D'AGGER CASA**

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **Dr Moussa BENHADDO** Spécialité :  
 N° ICE : **002447333000090** N° INPE : **091170423**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **BENTALHA MOHAMMED**

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 :**

- HYPERTENSION OCULaire
- EXCAVATION PAPILLAIRE PATHOLOGIQUE

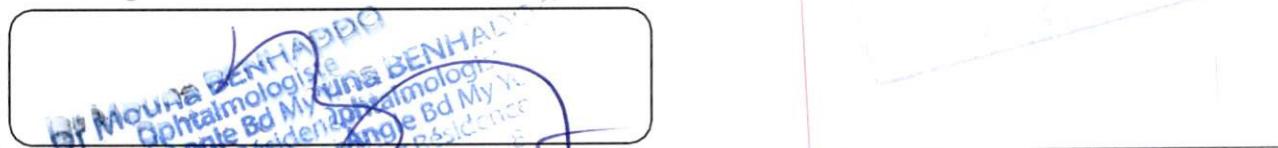
Dont ci-joint ordonnance :

Traumatise colo

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CAHA** le **29/05/2023**

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