

MLE 5059



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALIDE UN AN

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom : **BELLAY Abdennasser**

Matricule : **5059** N° CIN : **B 602 793**

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Docteur CHEDDY Chafik** Spécialité :

N° ICE : **05 298 0264** N° INPE : **INPE: 091040931**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **M. BELLAY Abdennasser**

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

Montant de glaucome A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

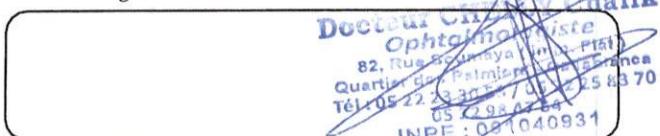
Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **07/05/2024**

Cachet et signature du médecin traitant :



En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées