

1281

Réf. : PR03_004

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : **BENOUHOUD ABDEL AZIZ**

Matricule : **1281**

N° CIN : **B 14257**

Adresse : **0645 4940**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité : **ophtalmo**

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : **BENOUHOUD Abdel aziz.**

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 bilatéral avec chute de la vue gauche et altération progressive de la structure de l'œil droit

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**Ophtalmologie
laser artérielle**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CABA** le :

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

