

7115



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

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

Nom et prénom : **Sifeddine Abdallah**

Matricule : **7115**

N° CIN : **B537055**

Adresse : **16 passage 4 Tish II. Berrechid**

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Dr. Majdouline KHALDI
OPHTALMOLOGISTE
Angle Bd Mohamed V et Omar Ibn Khattab
1er Etage N°2 - Berrechid - Tél : 05 22 51 71 51

Spécialité :

ophtalmologue

N° ICE :

N° INPE :

061181541

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Kerroum Souad

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 :

**atteinte du nerf optique + hypertension oculaire
+ atteinte champs visuel**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

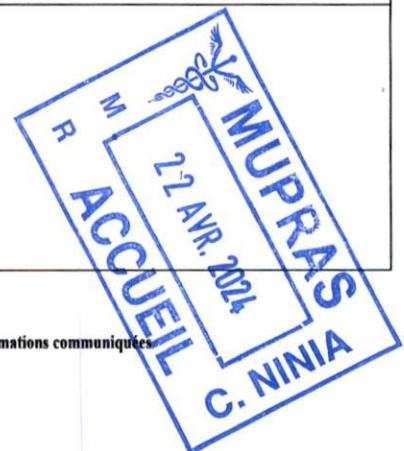
ant glaucomateuse.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Berrechid** le **14/4/2024**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Majdouline KHALDI
OPHTALMOLOGISTE
Angle Bd Mohamed V et Omar Ibn Khattab
1er Etage N°2 - Berrechid - Tél : 05 22 51 71 51



* 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