

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

Nom et prénom :

HABILLE

S A T D

Matricule :

9766

N° CIN : -B-567860

Adresse :

273, BD MLY YOUSSEF - Casablanca - Anfa

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

ICE:

002102200000053

N° INPE :

INPE: 091016931

Certifie que Mlle, Mme, M. :

TIA HABILLE S A T D

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

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

COSOPT eye drops

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : CASA le 18/10/2022

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 garantie la confidentialité des informations communiquées