

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

Nom et prénom : **HAFIDA SENHADI**

Matricule : **882** N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité : **Ophthalmologie**

N° ICE : N° INPE : **081184507**

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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 :

**glaucone Bilatérale sous / sous
monothérapie avec champs
visuel possible**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Monoprost + Theopron**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **22/03/2023**

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 garantit la confidentialité des informations communiquées