

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

Nom et prénom : **HAFIDA SENHADSI**

Matricule : **882** N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **ZINEB LAZRAK** Spécialité : **gynéco endocrinologue**

N° ICE : **81184507** N° INPE : **81184507**

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 :

glaucome Bilatéral. Trouve des monothérapie avec clamps VI peau pectorale

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

Yosipost + theo box

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **000** le **02/03/2023**

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