

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

Nom et prénom : **MHAMDI MUSTAPHA**

Matricule : **1409** N° CIN :

Adresse : **5, RUE KADI IASS Agt. N° 6 NAARI CASABLANCA**

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité : **Oncologie**

N° ICE : N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : **MHAMDI MUSTAPHA**

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 :

**Xolacome coll gtt le soir 20g
coll gtt x 1j
coll gtt x 3j** traitent en continu.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **06/05/2023**

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 garantie la confidentialité des informations communiquées

