

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

Nom et prénom : **BOUAYACH Mustapha Kamal**
Matricule : **2400** N° CIN : **B501990**
Adresse : **29 Rue Boulaakwel Sukh Apt 3**
Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Pr. Med. HAMDANI OPHTHALMOLOGISTE** Spécialité : **OPHTHALMOLOGIE**
24, Rue Imame Aïloussi-Bourgogne
Tél.: 0522 27 67 40/51 (L.G.)
N° ICE : **INPE: 091071886** N° INPE : **INPE: 091071886**
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

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :
ANTI GLAUCOMATEUX
TRAITEMENT + Surveillance au long cours

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASA** le **4/12/23**

Cachet et signature du médecin traitant :

Pr. Med. HAMDANI OPHTHALMOLOGISTE
24, Rue Imame Aïloussi-Bourgogne
Tél.: 0522 27 67 40/51 (L.G.)
Casablanca
INPE: 091071886



*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