

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

Nom et prénom :

Matricule :

3443

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

N° ICE :

ICE: 002102200000053

Spécialité :

N° INPE :

INPE: 091016931

Certifie que Mlle, Mme, M. :

BEN ZACHRA RAKHA

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 :

SYNDROME SEC

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

THEALUSS + GEL-LANUS + MYWOL + PHYSIOPASS

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : CAS le 27-10-2024.

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr BADAOUI Abdellatif
OPHTALMOLOGUE
27, Rue Farhat Hachad - Casablanca
Tél: 0522 26 61 68 / 0522 43 02 71
ophta-badaoui@gmail.com

* 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