

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

Nom et prénom : *EL AMRANI JOUTEY Abdellah*

Matricule : *3183*

N° CIN : *B155049*

Adresse : *VILLA 7 Lotissement TERRIA BOUSKOURA CENTRE*

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *D EL ASRI Hafima* Spécialité : *ophtalmologie*

N° ICE : *001793632000011* N° INPE : *09 100 78 29*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *F L AMRANI JOUTEY Abdellah*

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

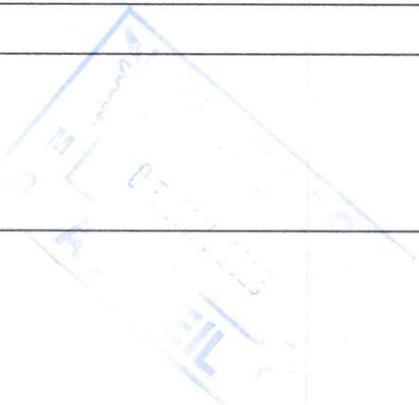
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

*Suite à la Ténuïde oculaire reçue du OOG opus
Traitement : Coup de visuel Abreu enseigné
soitement*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

- Xo.rom
- TRU SOPT



Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *CASA le 05/01/2023*

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