

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

Nom et prénom : **M HAMDI MUSTAPHA**

Matricule : **1409**

N° CIN : **B 48133**

Adresse : **5, RUE KADI IASS APP^t N°6 NAARIF CASA**

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

JAWHARI JAWA.

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 :

Secheresse oculaire

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**Larmes artificielles
Après 3h**

ongt

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASA** le **11/04/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Abderrahmane RAISS
15 Rue Kadi Iass
Maarif - Casablanca
Tél : 05 22 98 44 66/26
Fax : 05 22 98 44 26
Spécialiste en Ophtalmologie



* 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