

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

Nom et prénom : *SALMI MOHAMED*

Matricule : *1867*

N° CIN : *B 409139*

Adresse :

HAY MOUBARAKA . BLO 114 N°8 ALGOADS BERRAOUI - PA8A

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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

Glaucome chronique

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

OCT de control tous les ans

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

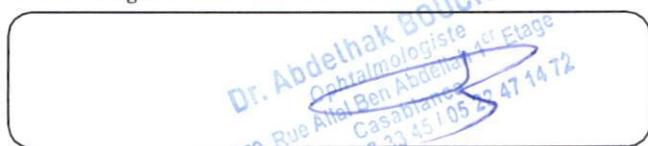
Raniprost Collen



Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casa le 11/05/23*

Cachet et signature du médecin traitant :



En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées