

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

Nom et prénom : M ZAHID Jilali

Matricule : 2537 N° CIN : B 105963

Adresse :

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

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

Glaucome chronique angle

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : Pilocarpine 4% 1/1 lent Auto

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Cas le 8/6/23

Cachet et signature du médecin traitant :



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

