

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

Nom et prénom : *JAMA LEASSINE MOHAMED*

Matricule : *0836* N° CIN : *W16543*

Adresse : *49 - Rue My ISRISS EL AZHAR - CASABLANCA*

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *D. BRITEL* Spécialité : *OPHTALMOLOGISTE*

N° ICE : *091039198* N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Famulidou MAM*

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 :

Glaucome + 14 mm long corne

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *le 1/2/23*

Cachet et signature du médecin traitant :

Docteur A. BRITEL
OPHTALMOLOGISTE
49, Rue Tata - Casablanca
Tel: 0522.27.09.18 / 022.22.64.81



*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