

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

Nom et prénom : **JAMALESSINE MOHAMED**

Matricule : **0836** N° CIN : **W16543**

Adresse : **49 - RUE MY ISRISS EL AZHAR - DERRECH**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **A. Britel**

Spécialité : **OPH**

N° ICE : N° INPE : **091039198**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **Famulidie Mm**

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 à 14 au long cours**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

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**

Tél : 022.27.09.18 / 022.22.04.0



\* 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