

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

**Nom et prénom :** ORIRANE REDAO

RL 915

**Matricule :** 4915

**N° CIN :**

**Adresse :** 106 Rue Abdellah Ben SAHRAOUI Immeuble 3, Casablanca

**Bénéficiaire de soins :**  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

**Je soussigne :**

**Spécialité :** OPHTHALMOLOGIE

**N° ICE :** 001772323000086

**N° INPE :** 09M56984

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

ORIRANE REDAO

**Nécessitant un traitement d'une durée :**

< 3 mois

Entre 3 et 6 mois

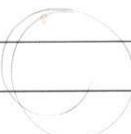
A vie

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

glen come

**Dont ci-joint ordonnance :**

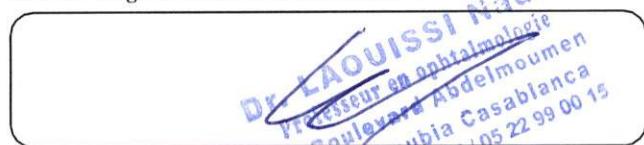
**Traitement prescrit :** TRAVATIN - ORIRANE



**Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables**

**Fait à :** CASA **le** 15/07/2023

**Cachet et signature du médecin traitant :**



\*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