

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

Nom et prénom : **BANGOUR TOUIYA**

Matricule : **1hh2** N° CIN : **E 133 86**

Adresse : **MAGGIRAT 1 KSOUR ASNEZ N° 163 MARRAKECH**

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **Spécialité :**

N° ICE : **00219 19250000 53** N° INPE : **091032557**

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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 oculaire**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

- Duotrov 40 mg Le Guéliz  
Larcomax 60 mg Ophthalmologie / mg + xda + Alphagan 0.5% + Hylocef +  
Business Affairs Gueliz, Intersection Bd Abdellah El Khatib et Bd My Fakir, 2ème étage N° 11 Marrakech

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Marrakech** le **21/06/2023**

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