

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

Nom et prénom :

Matricule : **652**

N° CIN :

Adresse : **N° 168 Rue Nasr n° 2 cité Hassani - Ben Slimane - MAROC**

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

**091062729**

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

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 chronique  
rf champ visuel**

Dont ci-joint ordonnance :

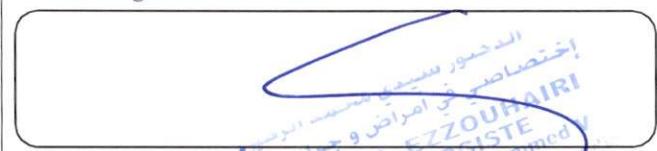
Traitement prescrit :

**rf ordonnance**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Mohamedia** le **01/05/2023**

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