

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

Nom et prénom : JAMALEDDINE 7^{ème}

Matricule : 0836

N° CIN : W 18543

Adresse : 49 RUE MY ISIDORE EL AZHAR - BERRERCHIA

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Dr BRITEL Spécialité : Ophtalmologie

N° ICE : 091039198 N° INPE : 091039198

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

HTD + OCT

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Xolamid



Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : OR le 4/08/23

Cachet et signature du médecin traitant :

Docteur A. BRITEL
OPHTALMOLOGISTE
49, Rue Tata - Casablanca
Tél : 0522 22 22 22

* 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