

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

Nom et prénom : *Jamel LASSINE Djal*

Matricule : 0836

N° CIN : W 18543

Adresse : *49 - RUE MY TSRIKEL AL AZHAR - BERRECHID*

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : *DOCTEUR A. BRITEL* Spécialité : *OPHTALMOLOGISTE*

N° ICE : *091039198* N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Jamel LASSINE MPRAS*

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 :

Traitements prescrits :

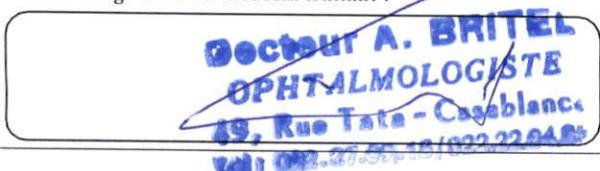
*Xolam*



Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *022* le *4/08/24*

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 garantit la confidentialité des informations communiquées