

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

Nom et prénom : *S.*

Matricule : *2343*

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **DR. BENAMAR FAÏCAL** Spécialité : **OPHTALMOLOGIE**

N° ICE : **002144947000087** N° INPE : **091020891**

Certifie que Mlle, Mme, *(Signature)* **BACHRY MOSTAFA**

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 + SYNDROME SEC OCULAIRE CHRONIQUES

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASABLANCA** le **01/03/2024**

Cachet et signature du médecin traitant :

Docteur BENAMAR Faïcal
Maladies & Chirurgie des Yeux
23, Rue du Prince Moulay Abdellah
Casablanca Tel : 022.22.05.66

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 05-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées