

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

Nom et prénom : **AIFTAHI MOHAMED**

Matricule : **Reh 83** N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr. Khadija FILTY** Spécialité : **Ophthalmologiste**

N° ICE : **TAI : 05 22 37 07 43** N° INPE : **19100893**

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 :

*الملوحة في العين اليسرى
TO : En حفظ دلي + Papille بوجل بال OD*

Dont ci-joint ordonnance :

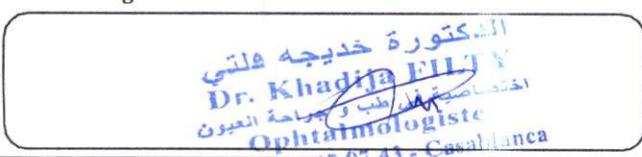
Traitement prescrit :

Hypnotropiques (Xelcom)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca le 17/04/2024**

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