

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	ASSADIKI MOHAMED
Matricule :	0008080
N° CIN :	B400252
Adresse :	AP 03 IMM 47 LDT ASSABAH ESSAOUIRA ELJADIDA ESSAOUIRA
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité : ophtalmologiste
N° ICE :	N° INPE : 091032524
Certifie que Mlle, Mme, M. :	
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : M 29 AVR. 2024 ACCUEIL OCT + clomps visuel	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	TRAVANTON gel (ODU) 150 mg
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	ESSAOUIRA le 04/2024
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