

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

Nom et prénom :

*NAJIB Si mohamed*

Matricule :

*5784*

N° CIN :

*8H 55'161*

Adresse :

*HAY GOOD RES ALFAJR IN : NARJIS Ni Zi Sidi BENEVOUSI CASA*

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

*Dr. Mohammed Adib Choukaili*  
**OPHTALMOLOGISTE**

Spécialité :

*ophtalmologiste*

N° ICE :

*336, Bd Commandant Driss El Harti*  
*Cité Djemâa - Casablanca*

N° INPE :

*Tél. : 022 37 68 68*  
*NAJIB Si mohamed*

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 :

*Chancé change à Aya avec bilatéral*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

*Antiglauconotens*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *CASA* le *13/04/2024*

Cachet et signature du médecin traitant :

*Dr. Mohammed Adib Choukaili*  
**OPHTALMOLOGISTE**  
*336, Bd Commandant Driss El Harti*  
*Cité Djemâa - Casablanca*  
*Tél. : 022 37 68 68*



En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées