

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

Nom et prénom : **NAJIB Si Mohamed**
Matricule : **5784** N° CIN : **BH 55161**
Adresse : **HAY GOODS RES ALFAJR IN: NAJIB N°05 Sidi BERNOUSSI CASA**
Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr. Mohammed Adib Choukaili** Spécialité : **ophtalmo logiste**
OPHTALMOLOGISTE
N° ICE : **336, Bd Commandant Driss El Harti** N° INPE :
Cité Djemaâ - Casablanca
Certifie que Mlle, Mme, M. : **NAJIB Si Mohamed**
Tél.: **022 37 68 68**
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 chronique à angle ouvert bilatéral

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Anti-glaucomeux**

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 Djemaâ - Casablanca
Tél.: **022 37 68 68**



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