

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

Nom et prénom : **DUAJIT + ABD**

Matricule : **315A**

N° CIN : **SHAB231**

Adresse : **QUARTIER EL GAOUD AVENUE ISBN BAT DES 21 JAHYOUNI**

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr. JAWAD BEN MAHFOUD** Spécialité :

N° ICE : **Dr. JAWAD BEN MAHFOUD** N° INPE : **INP : 041023979**

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

Gau

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Gau

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

- *OLAL Mol*
- *ALA TAN*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : le **12 DEC. 2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Jawad BEN MAHFOUD

OPHTALMOLOGISTE

Bd. Cheikh Saadi N°133 Talborjt - Agadir
Tél: 05 28 38 38 04 - 05 28 82 75 04



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