

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

Nom et prénom : **DAJI H ABD**

Matricule :

N° CIN : **SH 13231**

Adresse : **QUARTIER EL GLOUS AVENUE IBN BATAÏS
21 AAGOUN**

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE : **Dr. Jawad BEN MAHFOUD
INP : 041023979**

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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

G. Ben

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

G. Ben

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

- **DOLAMOL**
- **ALATAR**

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

