

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

Nom et prénom : **DENNOURI MUSTAFA**

Matricule : **3710**

N° CIN : **B. 121 913**

Adresse : **02 RUE DU TIGRE RESIDENCE Samia 5<sup>e</sup> ET. APP. 11 MERS SULTAN**

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**CASA.**

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE :

N° INPE : **09 66638**

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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

**Entre 3 et 6 mois**

**A vie**

**blancou elasique à angle ouvert**

**CV + oct papillaire**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**travatam au long duree**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASA** le **05/01/2024**

Cachet et signature du médecin traitant :



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