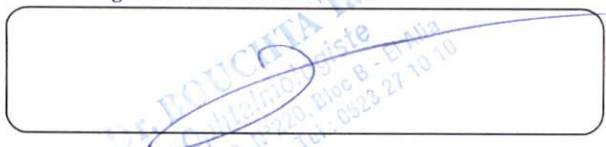


DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	ELKOTNI NAIMA
Matricule :	0007467
N° CIN :	T 33 883
Adresse :	LOTARD SGHIR N°1 Mohammedia
Bénéficiaire de soins :	<input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE : 091238044
Certifie que Mlle, Mme, M. :	El Kotni - Naima
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
- Glaucome chronique. - HTA	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : - Tenoprost - Hye - Aprouel 100	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	24/01/2023
Cachet et signature du médecin traitant :	
	



* Cette déclaration est renouvelable une fois

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