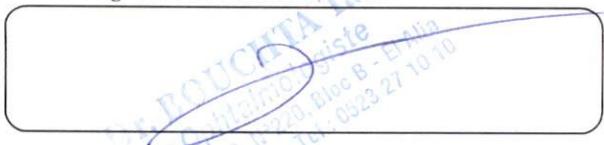


DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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 Mohammadia	
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 : 091228044
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 :	
<ul style="list-style-type: none"> - Glaucome droitique. - HTA 	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <ul style="list-style-type: none"> - Dénoprost - Hyc - Aprovel 100 	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Fait à : Rabat le 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 garantie la confidentialité des informations communiquées