



# **DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS**

*code : PR2FR04*

Version : 01

Date : 24/05/2022

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

Nom et prénom : 326

**Matricule :** \_\_\_\_\_ **N° CIN :** \_\_\_\_\_

### **Adresse :**

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

Partie réservée au médecin traitant

**Je soussigne :** *Docteur Ophtalmolog  
Dr. Anh A. Med Viet Nam* **Spécialité :**

Nº ICE : Appt SB 1min Témara ce 20/06/2023 23:55  
Nº INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : Nafissa Tél: 03 88 10 00 12 N°INPI: 0002 Mekouar

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

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

Guanine is angle over +

Dont ci-joint ordonnance :

#### Traitements prescrits :

Neoprost; Timconol, optive foton

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Témoins le 27/11/2023

Cachet et signature du médecin traitant : CH

**Docteur Tarik BA  
Ophtalmologue**  
Appt SB Imm. Nakhil, Angle Av. Mad Maktoum & Hassan II  
Tel.: 05 37 48 10 10 / INPE: 101223400  
Temara Centre 05 33 34 23

\*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**





**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6  
MOIS**

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

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

Nom et prénom : 3265

**Matricule :** \_\_\_\_\_ **N° CIN :** \_\_\_\_\_

#### **Adresse :**

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Dr. Abdellah El Maghraoui**  
Professeur de Rhumatologie  
**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : Av. Mohamed V, Rue Bait Lahim, Spécialité :

N° ICE : Imm B, n° 6, Rabat • Tel/Fax: 053.773222  
INPE: 101111263 N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : Mekouar Neufissa

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

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

Polyarthrite chronique + psoriasis

**Dont ci-joint ordonnance :**

Traitement prescrit : Meflunoxate

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Rabat le 04/12/23

**Cachet et signature du médecin traitant :**

The image shows a handwritten signature in blue ink, which appears to be "Dr. Mohamad A. Bait Lahm", written diagonally across a white rectangular card. The card has a thin black border and contains printed text in French and Arabic. The printed text includes "Professeur de Rhumatologie", "Dr. Mohamad A. Bait Lahm", "Rue Bait Lahm, Imm B, n° 5, Rabat - Tel/Fax: 0537732322", and "INPE: 10111268".

\*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.