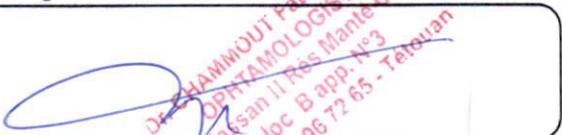


## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	Noha Mohammed
Matricule :	3651
N° CIN :	C 153773
Adresse :	HAY Salam Avn Imam Boubkari Psg 6 N° 6 Mediq
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Dr. CHAMMOUZ FATIMA ZOHRA
Spécialité :	ophtalmologue
N° ICE :	
N° INPE :	161241518
Certifie que Mlle, Mme, M. : Noha MOHAMMED	
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"> <li>- Hypertonie oculaire, exocélie palpébrale gta</li> <li>- CV : A + OCT atteinte glandulaire</li> </ul>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitements prescrits :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alphagen</li> <li>- Diclofenac</li> <li>- Nav. lig 0</li> </ul>
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	Tétouan le 29/02/2024
Cachet et signature du médecin traitant :	
 <div style="text-align: right; margin-top: -20px;">  <p>12 MAR. 2024 ACCUEIL A. AARIZA</p> </div>	

\*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