
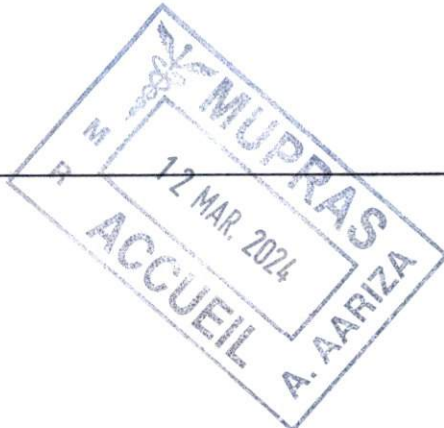


DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : <u>Mohamed</u>	
Matricule : <u>3651</u>	N° CIN : <u>C153773</u>
Adresse : <u>HAY Salam Avn Imam Boukhari Psg 6 N° 6</u> <u>Madin</u>	
Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne : <u>DR. CHAMMOUT FATIMA</u> <u>ZOHRA</u>	Spécialité : <u>ophtalmologue</u>
N° ICE :	N° INPE : <u>161241518</u>
Certifie que Mlle, Mme, M. : <u>Mohamed</u>	
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 : <u>- Hypertonie oculaire , excoave pcellaire glc</u> <u>- CV : A + OCT atteinte glaucomeux.</u>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <u>- Alphagen</u> <u>- Dactav.</u> <u>- Nav. ligo.</u>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Fait à : <u>Tetoua</u> le <u>29/03/2024</u> 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