

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : <u>Mohammed</u>	
Matricule : <u>3651</u>	N° CIN : <u>C 153773</u>
Adresse : <u>HAM SALAM Ann Imam Boukhari Psej 6 N°6 N°diq</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> Spécialité : <u>ophtalmologie</u>	
N° ICE : <u>002333594000088</u> N° INPE : <u>161241518</u>	
Certifie que Mlle, Mme, M. : <u>Mohammed</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>- HTO</u> <u>- Excavation 71.0</u> <u>- C.V. : atteinte glaucomeuse.</u>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <u>Drotrav.</u>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : <u>Tetouan</u> le <u>10/11/2022</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