

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : <u>Mohamed Mohammed</u>	
Matricule : <u>3651</u>	N° CIN : <u>C 153773</u>
Adresse : <u>HAY SALAM AV Imam BOUKHARI Psg 6 N°6</u> <u>Mediq MAROC</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>ophtalmo-logue</u>
N° ICE :	N° INPE : <u>161241518</u>
Certifie que Mlle, Mme, M. : <u>MOHO 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	
<u>- Drogas (bithérapie : β bloquant + Analogue de prostaglandine).</u>	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : <u>- Hypertension oculaire , excarvée pupillaire à 7/10.</u> <u>- élargissement de la tache aveugle , resant Nasal ou ch-8</u> <u>visuel</u>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <u>- Drogas : 1 gte le soir / 6 mes</u> <u>- Nav. L. pu : 1 gte à 3 / 1 3 mes</u> <u>(la x chersse oculaire est en effet secondaire des atroglaucome)</u>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : <u>Tétouan</u> le <u>30/05/2023</u>	
Cachet et signature du médecin traitant :	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p><i>Dr. CHAMMOUT Fatima Zohra</i> OPHTALMOLOGISTE Av. Hassan II Rés. Manté Carlo Bloc B app. N°3 Tél: 05 39 94 72 65 - Tétouan</p> </div> <div> <p>MUPRAS 11 JUL. 2023 ACCUEIL I. BOUZACHANE</p> </div> </div>	

* 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