
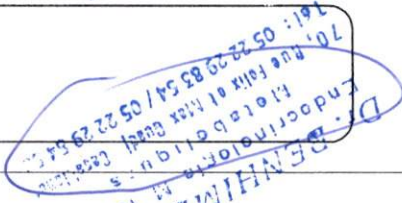


DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	FANGAR AHMED
Matricule :	00478
N° CIN :	B92343
Adresse : Residence El Mansour Ag. B. Ghandi et Yacoub El Mansour 10.37 APPG CASA	
Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. Ahmed FANGAR	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : Hb = 7.6	
	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : - Alonoma 30 - Glucoph 1000 - Lyso pen 100 - Glym	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	Casa. le 19/04/23
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