

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : **FANGAR AHMED**

Matricule : **00479**

N° CIN : **B92343**

Adresse : *Résidence rel mousou Ag. B. Ghoudi et yacoub rel mousou 10.37 APPG CASA*

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint 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

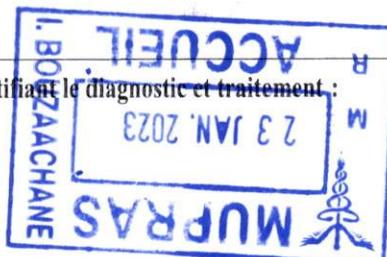
< 3 mois

Entre 3 et 6 mois

A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Hb = 7.6.



Dont ci-joint ordonnance :

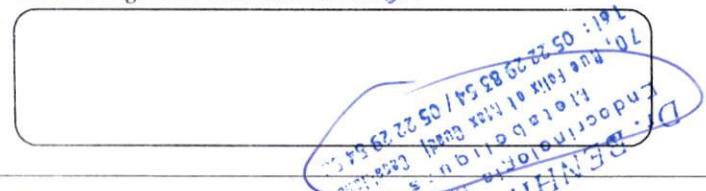
Traitements prescrits :

*- Novorox 20 - Glucophy 100
- Lysopurc 100 - Glyn*

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 garantie la confidentialité des informations communiquées