

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 : B.92343
Adresse : Résidence El Mansour AG = B = Ghazali et Y. El Mansour	
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 : 091057851
Certifie que Mlle, Mme, M. :	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input checked="" type="checkbox"/> 23 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 :	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Exforge + Crestor + Aspirine	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : Casa le 13/03/2023	
Cachet et signature du médecin traitant :	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> DR. EL MAKHLOUF AII Professeur Agrégé Cardiologie 5, Rue Med. Abdouh - Casa Tél: 05 22 29 81 55 / 59 - 05 22 47 26 89 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;"> MUPRAS 21 MAR. 2023 ACCUEIL I. BOUZACHANE </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