

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 : **B 92 343**

Adresse :

Résidence 2L neausou A6^{le} Bnd Glaoudi et y. El neausou

*LM.37 APP6,
CASA*

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint 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 : **3 mois**

Entre 3 et 6 mois

A vie

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

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Exsorge + cecitor + Asperic

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **casa** le **13 03 2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. EL MAKHLOUF AII
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél: 05 22 29 87 56/59 - 05 22 47 28 89



*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