

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : *TARJAN ABDELAZ*

Matricule : *8369*

N° CIN : *7 87057*

Adresse :

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

### Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr. EL MAKHLOUF Ali**  
*Professeur Agrégé Cardiologie*

Spécialité :

N° ICE : *5, Rue Med. Abdouh - Casa*  
*Tél. 05 22 29 81 55/59 - 05 22 27 26 89*

N° INPE : **091057851**

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée :  < 3 mois  Entre 3 et 6 mois  A vie

*Traitement de longue durée*

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

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

*AMÉD Sy*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *casa* le *31-01-2022*

Cachet et signature du médecin traitant :

*Dr. EL MAKHLOUF Ali*  
*Professeur Agrégé Cardiologie*  
*5, Rue Med. Abdouh - Casa*  
*Tél. 05 22 29 81 55/59 - 05 22 27 26 89*

\*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