

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : <b>FANGAR AHMED</b>	
Matriecule : <b>00479</b>	N° CIN : <b>B 92</b>
Adresse : <b>Résidence 3e moussem Agl. Bé Ghoul Yacoub 3e moussem JM. 37 APP. 6 CASA</b>	
Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Dr. EL MAKHLOUF Ali Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne : <b>5, Rue Med. Abdouh - Casa</b>	Spécialité : <b>Professeur Agrégé Cardiologie</b>
N° ICE : <b>Tél: 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89</b>	N° INPE : <b>091057851</b>
Certifie que Mlle, Mme, M. :	
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 :  <b>H.TA + Dylgarden</b>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :  <b>2xFORATECT 10/160/12.5 CRESTOR 5 + ASPIRIN</b>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Fait à : <b>Carthage le 20/09/2023</b>	
Cachet et signature du médecin traitant :	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>Dr. EL MAKHLOUF Ali</b>                      Professeur Agrégé Cardiologie                      5, Rue Med. Abdouh - Casa                      Tél: 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89                 </div>	

\*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

