

MD
479

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

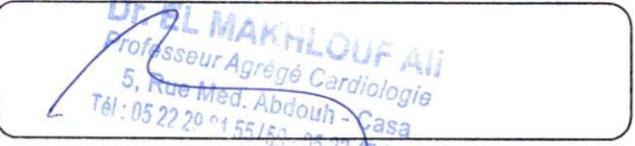
Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :	FANGAR AHMED		
Matricule :	00479	N° CIN :	B92343
Adresse :	résidence sl mansour AG ^{te} B ^{te} Ghoudi et yaacoub sl mansour FM. 37 APP. 6 CASA		
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 :	
Certifie que M ^{le} , M ^{me} , M. : FAN G ^{AR} AHmed		
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie <i>longue duree</i>	

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
<i>HTA</i> <i>Dyslipidémie</i>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	<i>voir ordonnance</i>

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables
Fait à : casa le 26-12-2023
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