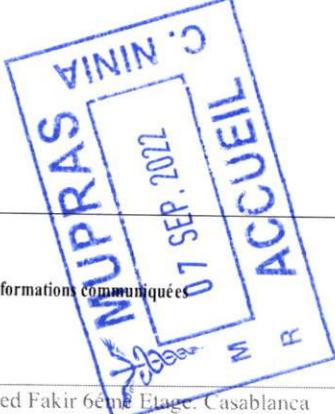


DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	BEGQ QALI NADIA
Matricule :	1268
Adresse :	
Bénéficiaire de soins :	<input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité : CARDIOLOGIE
N° ICE :	N° INPE : INPE:091199687
Certifie que Mlle, Mme, M. :	ROEQ QALI NADIA
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
HTA + Bloc de Poumons + dyslipidémie mise en place d'atheroprotection	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	TAMOL 100 mg Clevip 100 mg NEBILET STJ Gouttes cayenne 100 mg Glumpha 500 mg x 30
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	CARA le 30/09/22
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