



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	
Matricule : 5204	N° CIN :
Adresse :	
Bénéficiaire de soins : <input 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 Mlle, Mme, M. : Berrada. Aïme.	
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> <u>A vie</u>
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
HTA - Diabète - atteinte athéromateuse coro.	
Dont ci-joint ordonnance : du 08/11/2022.	
Traitement prescrit : - Atacandilb - Amlor - cardio Aspirine Canoxio. 1 neblets	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : COG 10/11/2022.	
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 garantit la confidentialité des informations communiquées