


DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

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

Nom et prénom :

SARAH CHERRAFI ARIANE RAHARANIE

Matricole :

552

N° CIN :

Adresse :

302 RUE ZEULTOMI ANTANARIVO

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant
Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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

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

Hyperthyroïdie -

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

- 1) XALATAN. (ou TRAVATAN selon disponibilité).
- 2) CANTEOL LP 2% 3) TANAKAN -.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : CASA le 109 FEV 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