



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

MLE-1901

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	JABRANNE Hassan
Matricule :	1901
Adresse :	N° CIN : E57809
Bénéficiaire de soins :	<input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité : Cardiologue
N° ICE :	N° INPE : 091846215
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 checked="" type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
Insuffisance Cardiaque en CIVD	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Cardesiel - Kardegric	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	Casa le 08/03/2023
Cachet et signature du médecin traitant :	

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées