

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

MLE-1901

Nom et prénom :	Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Matricule :	JABRANNE	Hassan
Adresse :	1901	N° CIN : E57809
Bénéficiaire de soins :	<input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Je soussigne :	Partie réservée au médecin traitant	
N° ICE :	Spécialité :	Cardiologue
	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 CHD		
Dont ci-joint ordonnance :		
Traitement prescrit : Cardesiel - Lasilegic		
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables		
Fait à :	Casa	le 08/03/2023
Cachet et signature du médecin traitant :		
08/03/2023		

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