



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 : Attif soufiane

Matricule : 12345 N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité : Cardiologue

N° ICE : 091026849 N° INPE : 097026849

Certifie que Mlle, Miné, M. : Attif soufiane

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 :

HTA

Voir bilan tensionnel fait 21/12/2021

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits : Anglor Song 5cp/j.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casa le 20/3/2023

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

