

**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 : *Boudali Soadha kaw Elouair Dighili Mohamed J*

Matricule : *676* N° CIN :

Adresse : *CAEN*

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : *Dr. Saby Mouloud Professeur en Cardiologie INPE: 101 100 311 Cabinet de Cardiologie Tél: 05 2269 10 44* Spécialité :

N° ICE : \_\_\_\_\_ N° INPE : *101 100 311*

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 :

*- Dyslipidémie avec  
du LDL cholestérol très élevé  
- HTA*

Dont ci-joint ordonnance :

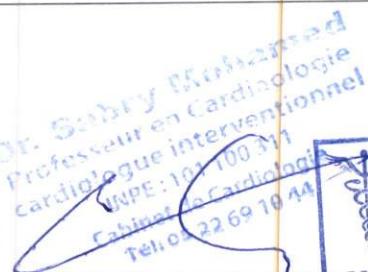
Traitements prescrits :

*( Voir ordonnance médicale )*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *27/03/2023* / /

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