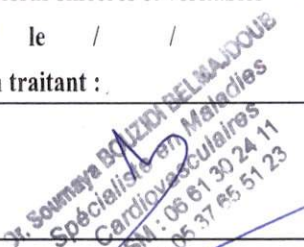


DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	CHAUKI KALTOUM
Matricule :	675
N° CIN :	
Adresse : APP9, Imm 37, Résidence Safaa S, Hayatda, Sale	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité : CARDIOLOGIE
N° ICE :	N° INPE :
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 :	
Cardiopathie Hypertension / Diabète	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Perovas 5mg 1/2-0-0 Cosyrel 5/10mg 0-0-1 Amlodipine 10mg 0-0-0 ou d'après 10mg	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	17/07/23 le / /
Cachet et signature du médecin traitant :	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; transform: rotate(-45deg); transform-origin: center;"> ACCUEIL 04 AOUT 2023 MUPRAS BOUZAACHANE </div>	

* Cette déclaration est renouvelable une fois

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