

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :**  
**VALIDE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**

Nom et prénom :

JADDAD NALIVA

Matricule :

2306

N° CIN :

B301822

Adresse :

31 Loyerissement ESSAASS Sidi MABROUF CASA

Bénéficiaire de soins  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Jaddad Naliva

Nécessitant un traitement d'une durée :

< 3 mois

Entre 3 et 6 mois

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

HTA + trouble de rythme  
cer diagne

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Debengiel Tarbocor 60-Varfex 160% / 12,5

Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables.

Fait à :

05/05/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

091236521

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

