

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

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

177799

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

Nom et prénom :

YALLOU Aicha

Matricule :

597

N° CIN :

Adresse :

81 Mehdi Ben Barka N°53 Boulogne

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigné :

Spécialité :

N° ICE :

00168415200041

N° INPE :

91129601

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 :

HTA + ALFA + AVC ischémique

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Rexoban 15 - keralac 20 - Angiotensine - Deux tris - Tinkz 10/15

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le / /

Cachet et signature du médecin traitant :

*(Signature and stamp of Dr. Ahmed SETTI)*



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