

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

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom : **DINA BENAMMAR** Epouse **BELGHAOUJ**

Matricule : **2091** N° CIN : **B 410 237**

Adresse : **64, Rue Imam Al Horamain**

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE : N° INPE : **2911 2634**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **BELGHAOUJ DINA**

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 :

ECG fait

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

- MYLOR 5 1/2 - Cardiology / 501
- Aspirine 1/2 - cardi /

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CM** le **11/05/23**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Abdesslem SEBTI
Cardiologue
134 Rue Attabari - Bd Chandi
05 22 44 75 81
06 61 27 12 90
05 22 39 09 09

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

