



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 : AIT MERIM BRAHIM

Matricule : 1042

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité : CARDIOLOGIE

N° ICE :

N° INPE : 091008331

Certifie que Mlle, Mme, M. : AIT MERIM BRAHIM

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 :

Insuffisance Coronaire

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

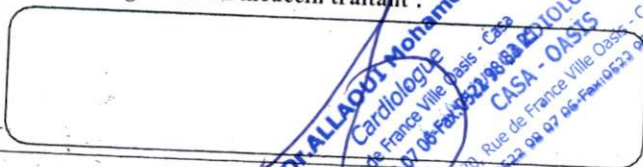
ASKARDIL 160 - LD. APR 10-5 - FI. BLOCAD 840
SRPHI 300 - Cixofor

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le 03/10/23

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 garantit la confidentialité des informations communiquées

