



## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

code : PR2FR04  
Version : 01  
Date : 24/05/2022

par courrier

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 : 091008731

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 :

ASKAROL 160 mg - LD-NGR 10 mg - FIBROSCAND 840  
SRPHI 300 mg - Cixaban

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le 03/10/83

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 garantie la confidentialité des informations communiquées

