



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 : *Zelhouni Mme*

Matricule : *2701*

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE : *091008771*

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 :

A CFA + Insuffisance Cardiaque

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : *Qexabam 100mg - Uperid 200mg - LD-NOREP
Cordarone 100mg - Cardiz 6,25mg Fixe 1g/j - oeds
Landa 100mg - ALDACTONE 50mg*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Tarabchia* le *11/05/2024*

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