

MLE-6304

	DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE UN AN	Code : PR2F80M Version : 02 Date : 05/05/2021
---	--	---

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	
Matricule :	N° CIN :
Adresse :	
Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigné : CARDIOLOGUE RYTHMOLOGIE	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. : OUARDOY Aida V. EWOUSKJ	
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	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Fluor Ben	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : Chz 121/6/23 Cachet et signature du médecin traitant : 	