



N<sup>o</sup> 0258

Le 28/06/2021

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

| A remplir par le praticien                   |                                                                                                                  |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Je soussigné:                                | <i>Dr. JARMOUNE YOUSSEF</i><br>Cardiologie adulte - Pédiatrique<br>et Congénitale Urgences<br>Tel 06 17 42 92 21 |
| Certifie que Mlle, Mme, M :                  | <i>Hernissi Dya</i>                                                                                              |
| Présente                                     | <i>Embraye Ao - coronari / I. Cardiopathie</i>                                                                   |
| Nécessitant un traitement d'une durée de:    | <i>A vie</i>                                                                                                     |
| Dont ci-joint l'ordonnance:                  | <i>Coronar 75mg, Aldactone, Lasix, Kélar</i>                                                                     |
| (A défaut noter le traitement prescrit)..... |                                                                                                                  |

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

*Dr. JARMOUNE YOUSSEF*  
Cardiologie adulte - Pédiatrique  
et Congénitale Urgences  
Tel 06 17 42 92 21