

PR03_004

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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 soussigne : *DHJIAJ*

Spécialité : *Cardiologue*

N° ICE :

N° INPE : *09116 306 3*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Doua Nostafa*

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 :

cardiopathie ischémique avec hypertension artérielle.

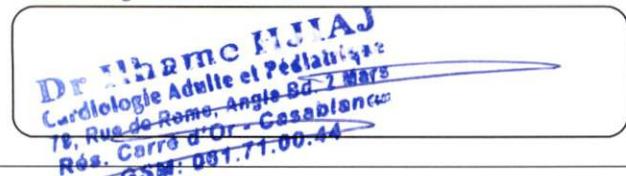
Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : *Co Plavix 100 mg/1 Triptec 2.5 mg/2 Prestop 20 mg/2*
Prestile 100 mg/2 Cordean 50 mg x 2.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Le 09/05/22*

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