

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	RAISSI ELHARBI
Matricule :	7252 N° CIN :
Adresse :	
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité : Cardio
N° ICE :	N° INPE : 091184630
Certifie que Mlle, Mme, M. :	RAISSI ELHARBI
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
Coronopathie ischémique chronique + HTA sans lithotomie	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Captopril Coronix 6.25 x 2 Nolol 20 - - Coveram 10/10-	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	Le 04/10/2022
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 garantit la confidentialité des informations communiquées