

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 :

SADMI N

Matricule :

1560

N° CIN :

B125120

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

001547343000027

N° INPE :

091176479

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 :

HTA évoluée, polykytose rénale
concomitante vasculaire (Alufo ATL en
2017/2018)

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Courom 5/5 (1 cp) ; Urdofig 16cp (18cp)
Cardoniel 25-g (1/2 cp) ; Torva 2cp (2cp)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

CATA

le

06/01/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

[Signature and Stamp of Dr. Noureddine JARDI]

* 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

