
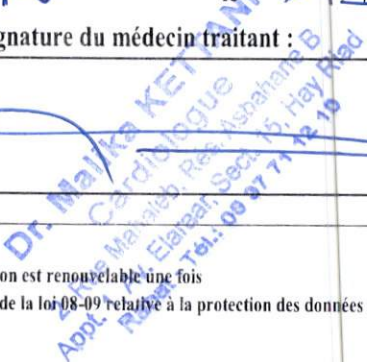



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	BOUROVIS KASSANIYA
Matricule :	2166 N° CIN : B M364
Adresse :	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité : CARDIOLOGIE
N° ICE :	N° INPE : 20271454
Certifie que Mlle, Mme, M. :	BOUROVIS KASSANIYA
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input checked="" 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 :	
+ HTA sévère (sous traitement) + hyperlipidémie (sous traitement)	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : COTENAN 160 mg / ATENORAL 100 mg / LEXA 500 mg / CRESTOR 20 mg / RENUNUM 3x300	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	le 19/12/22
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 garantit la confidentialité des informations communiquées