

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :  
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**

Nom et prénom : *Saber Nadia*

Matricule : *5565* N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Docteur BENNANI Mohamed**  
Cardiologue Interventionnel  
Rythmologue  
40, Rue des Hôpitaux, 1<sup>er</sup> Etage  
Tél: 0522 49 14 14

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : Spécialité : *Cardiologue*

N° ICE : N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Saber Nadia*

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 sévère*  
*Pulset 80/5* *Alélectre 50*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : *Pulset 80/5* *Alélectre 50*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Alger* le *29 Mai 2023*

Cachet et signature du médecin traitant :

**Docteur BENNANI Mohamed**  
Cardiologue Interventionnel  
Rythmologue  
40, Rue des Hôpitaux, 1<sup>er</sup> Etage  
Tél: 0522 49 14 14

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées