

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

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom : *Najem Saïd*

Matricule : *7205*

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Najem Saïd*

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 :

*Maladie coronaire → Angioplastie 06/2023*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

*Elopxinor*  
*Corlanor*

*Potifaras 5mg*

*Lashine*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *laser* le *14/3/2024*

Cachet et signature du médecin traitant :



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