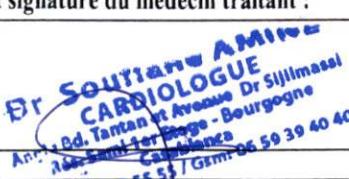


DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

| Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit | | |
|---|--|--|
| Nom et prénom : | Lahakhi Fatima | |
| Matricule : | 2045 | N° CIN : |
| Adresse : | | |
| Bénéficiaire de soins : | <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | |
| Partie réservée au médecin traitant | | |
| Je soussigne : | Dr Soufiane AMINE | Spécialité : |
| N° ICE : | N° INPE :  | |
| Certifie que Mlle, Mme, M. : Lahakhi Fatima | | |
| 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 | |
| Twysta 80/5 mg Cardiospirine 200 mg Creston 5 mg | | |
| Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : | | |
| Se 08/20 stent Écho Doppler cardiaque dans les bonnes limites La normale FC VCG = 63% au Tz | | |
| Dont ci-joint ordonnance : | | |
| Traitements prescrit : | Twysta 80/5 mg Cardiospirine 200 mg Creston 5 mg | |
| Hospital D'une Fert | | |
| Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables | | |
| Fait à : | CASA | le 09/04/24 |
| 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 garantie la confidentialité des informations communiquées