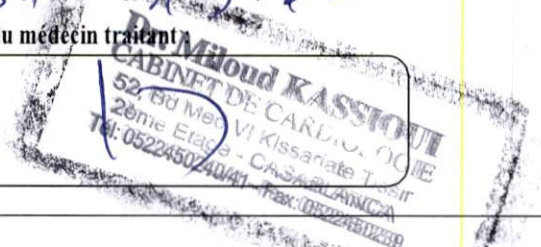


DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	CHAOUF LATHEW
Matricule :	1729
N° CIN :	B44280
Adresse :	
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigné :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. 740/41 - Fax: 0522450239	
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
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
Cardiopathie ischémique + HTA	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Aspirine, Cardoaspirine, Cardicor	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	CASA le 21/2/2022
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