

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
<b>Nom et prénom :</b>	
Matricule :	6887
N° CIN :	
<b>Adresse :</b>	
<b>Bénéficiaire de soins :</b> <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
<b>Je soussigne :</b>	Spécialité : CARDIOLOGIE
N° ICE :	N° INPE : 091008721
Certifie que Mlle, Mme, M. : KARNA Tarbi	
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 : <i>Symptome Cardiaque + HTA + AVC</i>	
<b>Dont ci-joint ordonnance :</b>	
<b>Traitements prescrits :</b>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	le 27/04/2022
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 garantie la confidentialité des informations communiquées

