



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6  
MOIS

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

Nom et prénom :

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

Matricule :

1042

ATI May

BRAM

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

Je soussigne :

Partie réservée au médecin traitant

Spécialité :

CARDIOLOGIE

N° ICE :

N° INPE :

09100 JJJJ

Certifie que Mlle, M, M

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 :

Insuffisance Cardiaque

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

AS KARDIL 160 - CRADA 10-5

Furosemide 40 - SERBIL 300

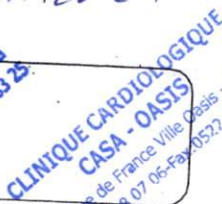
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Casa

le 03/01/2024

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