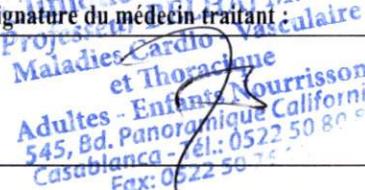


DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	FADIL RACTIDA
Matricule :	3000
N° CIN :	B186190
Adresse :	75 Rue OMAR SLAOUI CASA 20100
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Pr BÉLHAJ
Spécialité :	CARDIOLOGIE
N° ICE :	090000084
Certifie que Mme, Mme, M. : FADIL RACTIDA	
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 :	
BAV complet appareillé + I+TA+IC.	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	
Atenor 100 mg Vesterel 350mg x 2 Compr 2mg x 3	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : Casablanca le 27/01/2023	
Cachet et signature du médecin traitant :	
 Préfecture de CASABLANCA Maladies Cardio-Vasculaire et Thoracique Adultes - Enfants Nourrissons 545, Bd. Panoramique Californie Casablanca - Tél.: 0522 50 80 00 Fax: 0522 50 75 75	

*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