


DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	FADIL RACHIDA
Matricule :	3000 N° CIN : B186190
Adresse :	75 Rue OMAR SLAOUI CASA 20140
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 :	N° INPE : 090000084
Certifie que Mlle , Mme, M :	FADIL RACHIDA
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 + HTA + IC.	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	
Atenolol 100mg Vesterel 351mg x 2 Losartan 2mg x 3	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	Casa le 27/01/2023
Cachet et signature du médecin traitant :	
 <p>Dr. BELHAJ Mohamed Professeur de Cardiologie et Maladies Cardio-vasculaires et Thoraciques Adultes - Enfants - Nourrissons 545, Bd. Panoramique Californi- Casablanca - Tél.: 0522 50 80 00 Fax: 0522 50 70 00</p>	

*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