


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	
Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne : A BELHAJ	Spécialité : CARDIO - VASCULAIRE
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	
Cantharospirine Couvasal 2mg 12px 2h Cosyrel 10/5mg 14px	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : BATV complet + Troubles du rythme visuel coronarien.	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Cantharospirine Couvasal 2mg x 2h Cosyrel 10/5mg 14px le soir	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : Casa	le 09/03/22
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