

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
<b>Nom et prénom :</b> FADIL RACHIDA	
<b>Matricule :</b> 3000	<b>N° CIN :</b> B186190
<b>Adresse :</b> 75 Rue OMAR SLAOUI CASA	
<b>Bénéficiaire de soins :</b> <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
<b>Je soussigne :</b> <i>Mr BELHAJ</i>	<b>Spécialité :</b> CARDIO - VASCULAIRE
<b>N° ICE :</b>	<b>N° INPE :</b> 090000084
<b>Certifie que Mme, M. :</b> FADIL RACHIDA	
<b>Nécessitant un traitement d'une durée :</b> <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie	
<i>Cantresmine 2mg x 2/j</i> <i>cosyrel 10/5mg 1cp/j</i>	
<b>Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :</b> <i>BAV complexe + trouble de rythme sinus</i> <i>coronarique.</i>	
<b>Dont ci-joint ordonnance :</b>	
<b>Traitements prescrit :</b> <i>Cantresmine 2mg x 2/j</i> <i>cosyrel 10/5mg 1cp/j</i>	
<b>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables</b> <b>Fait à :</b> Casablanca le 09/03/22	
<b>Cachet et signature du médecin traitant :</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">           Clinique C-T            Professeur BELHAJ M'hamed            Maladies Cardia - Vasculaire            et Thoracique            Adultes - Enfants Nourrissons            Casablanca - Tel. 0522 50 80 00            545, Bd. Panoramique California         </div>	

\*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