

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 :
Adresse :	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	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 checked="" type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie	
<p>Atena 100mg 1/2 cp x 2/j</p> <p>Vastarel 35mg 1 cp x 2/j</p> <p>Covasal 2mg 1 cp x 2/j</p>	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
<p>BAV complet</p> <p>FEUG 402</p>	
Dont ci-joint ordonnance :	
<p>Traitement prescrit :</p> <p>Atena 100mg 1/2 cp x 2/j</p> <p>Vastarel 35mg 1 cp x 2/j</p> <p>Covasal 2mg 1 cp x 2/j</p>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	Casa le 12/08/2022
Cachet et signature du médecin traitant : BELHAJ Miloud	
<p>Maladies Cardio - Vasculaires et Thoracique Adultes - Enfants Nourrissons 545, Bd. Pandramique Californie Casablanca - Tél.: 0522 50 80 80 Fax: 0522 50 76 98</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