

## 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 : Cardi	
N° ICE :	N° INPE : 090000084	
Certifie que Mme, 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	
Atenu 100mg 1/2 cp x 2/j Vasterel 35mg 1cp x 2/j/j Corvasal 2mg 1cp x 2/j		
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :		
<ul style="list-style-type: none"> <li>BAV complet</li> <li>FEUG 462</li> </ul> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">   05 SEP. 2022         </div>		
Dont ci-joint ordonnance :		
Traitement prescrit : Atenu 100mg 1/2 cp x 2/j Vasterel 35mg 1cp x 2/j/j Corvasal 2mg 1cp x 2/j		
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables		
Fait à : Casablanca le 12/08/2022		
Cachet et signature du médecin traitant : Professeur BELHAJ Miloua		
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; display: inline-block;">           Maladies Cardio - Vasculaire            et Thoracique            Adultes - Enfants Nourrissons            545, Bd. Panoramique Californie            Casablanca - Tél. : 0522 50 80 80            Fax : 0522 50 76 98         </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