

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6
MOIS**

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : **FADIL RACHIDA**

Matricule : **3000**

N° CIN : **B186190**

Adresse : **75 Rue OMAR SQAOUI CASA 20140**

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE : **090000084**

Certifie que ~~Mlle~~, Mme, M. : **FADIL RACHIDA**

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois

☒ Entre 3 et 6 mois

☐ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

BAV complet appareil + 14TA + arythmie

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**Atenor 100mg 1cp/j Ventarel 80mg 1cp/j mdt
Couvastol 2mg 1cp x 2/j**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **14/06/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

Professeur BELHAJ Miloud
Maladies Cardio - Vasculaire
et Thoracique
Adultes - Enfants Nourrissons
545, Bd. Panoramique Californie
Casablanca - Tél.: 0522 50 80 80
Fax: 0522 50 76 98



* 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