

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

Nom et prénom : **FADIL RACHIDA**

Matricule : **3000**

N° CIN : **B186190**

Adresse : **75 Rue OMAR SAAÏD 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 appareillé + HTA + arythmie

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

**Atenol 100mg 1cp/j Vastarel 80mg 1cp/j mdr
Candesartan 2mg 1cpx2/j**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **14/06/2023**

Cachet et signature du médecin traitant

**Préfesseur BELHAJ Miloud
Maladies Cardio - Vasculaire
et Thoracique
Adultes - Enfants Nourrissons
545, Bd. Panoramique Californie
Casablanca - Tel.: 0522 50 88 88
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 garantie la confidentialité des informations communiquées

