

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

Nom et prénom : **FARAJ ALLAH** **naïma.**

Matricule : **1539** N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **Dr ZOHEIR Fatima** Spécialité :

N° ICE : **230 Bd Brahim Roudani Casablanca** N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : **FARAJ ALLAH** **naïma.**

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 :

**Volulopéthie en FA - insuffisance cardiaque sous ADD.**

Dont ci-joint ordonnance : **3ns**

Traitements prescrits : **U Pento 1x2**  
**el Tokhe 1/2**  
**Xelto 1/2**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **cesa** le **22/01/2024**.

Cachet et signature du médecin traitant :



En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées