

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

Nom et prénom : **FARAJALLAH Naïmo.**

Matricule : **15391** N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

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

N° ICE : **INP-091142729** N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : **FARAJALLAH Naïmo.**

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 :

**Volulopathie en FA - insuffisance cardiaque  
sous AOD.**

Dont ci-joint ordonnance : **305**

Traitement prescrit : **1x2  
allopurinol 2  
keelto 15 2**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **essa** le **22/01/2024.**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr ZOHEIR Fatima**  
Cardiologue  
230, Bd Brahim Roudani  
Maârif - Casablanca



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