

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

Nom et prénom : **CHADW NAÏM**

Matricule : **6182**

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

**CHADLI Naïma**

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois

☐ Entre 3 et 6 mois

☒ A vie

**HTA.**

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

**EKG: Sinusal avec un bloc de branche  
ETT: FEVG Conservé pas de valvulopathie**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**Co irvel 150/12,5**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASA**

le **16/03/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :



\*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