

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : **RAOUZ OUMED**
Matricule : **3081** N° CIN : **54 5466**
Adresse :
Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr. J. SIBAÏ** Spécialité :
CARDIOLOGUE
N° ICE : Angle 38. Bd. Lalla Yacout et
1, Rue El Araar - Casablanca N° INPE : **091129718**
Certifie que Mlle. Nimerat **RAOUZ** **QUARIS Rachid**
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 :

HTA chronique sévère - Insuffisance cardiaque.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Nicardipine 19x 2, f. Oed. 2.**
Dilatant 70, 1
Vital 80

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait le **24 MAI 2022**

Cachet et signature du médecin traitant **Dr. J. SIBAÏ**

CARDIOLOGUE
Angle 38. Bd. Lalla Yacout et
1, Rue El Araar - Casablanca
Tél.: 05 22 48 79 79 - 05 22 43 78 90

