

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom : **FAROUK HAFIDA**

Matricule : **2374**

N° CIN : **A31552**

Adresse : **Residence yasmine - Maârouf Fat - CASABLANCA.**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigné : **Dr. Ichraq NASSIRI**

Spécialité : **Cardio**

N° ICE :

N° INPE : **INPE : 091200386**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **Farouk Hafida.**

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 :

ACTA sonde FC. ETT: HVG concentrique légère, BNV.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

IEC + IC + statine (Covome 5/5 + Crestor)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa.** le **12 6 / 2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Ichraq NASSIRI
Cardiologue

249, Rés. El Maissour, 6ème Etg. Appt. N° 1
Bd. Yaacoub El Mahdoui - Casablanca
Tél: 05 22 39 76 70



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