

**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 : **IKHAFIF ASSIA**

Matricule : **05281**

N° CIN : **G 37734**

Adresse : **23 Rue Sebti Av. Ibn Al-Hilal Apt 4 Hay Farah FES**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Dr. LAACHACH Hind
Cardiologue
Av. des FAR, Imm. Fès Carrefour, N°2 - Fès
Tél/Fax : 05 35 64 14 64

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité : **cardio**

N° ICE :

N° INPE : **INPE : 141185353**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **Mr Rafik Assia**

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 :

Mme HTA

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Anglon 5mg

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **FES** le **17/05/2023**

Cachet et signature du médecin traitant

Dr. LAACHACH Hind
Cardiologue
Av. des FAR, Imm. Fès Carrefour, N°2 - Fès
Tél/Fax : 05 35 64 14 64



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