

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

Nom et prénom : **IKAHAFIF ASSIA**

Matricule : **05281**

N° CIN : **G 37734**

Adresse : **23 Rue Sebti Av. Ibn Attah Agny Hay Farah FES**

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Dr. LAACHACH Hind

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Cardiologue**

Spécialité : **cardio**

N° ICE : **Av. des FAR, Imm. Fès Carrefour, N°2 - Fès**
Tél/Fax : 05 35 64 14 64

N° INPE : **INPE: 141185358**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **Hafif 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 :

Ume HTA

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

Angion 5mg

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **fes** le **11/05/2023**

Cachet et signature du médecin traitant



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