

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN

Version : 02

Date : 05/05/2023

MLE-5281

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

Nom et prénom : KHAFIF ASSIA

Matricule : 05281

N° CIN : G 37734

Adresse : 23 Rue Sebti Av. Ibn Alir Apt 4 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 : 141185353

Certifie que Mlle, Mme, M. : M. Rafi FASSIA

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