

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : *ELLAKHDI Abderrahma*

Matricule : *1135*

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Dr *Ilham EL BAROUDI*
Co. *Cardiologue*
38, Bd. R'C 3i, Casablanca
Tél: 0522 47 60 00 / 0522 47 60 10
INP 091048355

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Co. Cardiologue*
N° ICE : *38, Bd. R'C 3i, Casablanca*
Tél: *0522 47 60 00 / 0522 47 60 10*
INP *091048355*

Spécialité : *Cardiologue*
N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : *ELLAKHDI Abderrahma*

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

A renouveler.

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

HTA *Asystole + palpitations d'effort.*
ANCS *de flébite* *et post*
flébite.

Dont ci-joint ordonnance : *Exforge 20/5 Cladex CP Bloxine.*

Traitements prescrits :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : le *11/12/2022*

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr Ilham EL BAROUDI
Co. *Cardiologue*
38, Bd. R'C 3i, Casablanca
Tél: 0522 47 60 00 / 0522 47 60 10
INP 091048355



*Cette déclaration est renouvelable une fois

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