

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : *Elakhdri Abdellah*

Matricule : *1135* N° CIN : *B 352681*

Adresse : *Résidence ENNAJD 1M 22 APT 233 Avenue STENDHAL CASABLANCA*

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr Ilham EL BAROUDI** Cardiologue

N° ICE : *38, Bd. Rachidi, Casablanca*  
Tél: *0522 47 60 00 / 0522 47 60 10*

Spécialité :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Elakhdri Abdellah*

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 :

*HTA sucre Insuffisance veineuse de membre inférieur Ed Post phlébitique + phlébite recidivante du Mbr surrénale récente ( Echo Doppler D'urémie )*

Dont ci-joint ordonnance : *Exarzige 20/5 Zludex 10 mg x 100*

Traitements prescrits :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *le 6/6/2023*

Cachet et signature du médecin traitant :



\*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