

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : *ELLAKHIDI Abdellah*

Matriecule : _____ N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Dr Ilham EL BAROUDI
Cardiologue

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :
38, Bd. Rachidi, Casablanca
Tél: 0522 47 60 00 / 0522 47 60 10

Spécialité : *cardiologue*

N° ICE : INP 091048355

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : *ELLAKHIDI 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 sévère sur tuberculose

Dont ci-joint ordonnance : *Exforge 80/5* *Fludex LP.*

Traitement prescrit :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *le 17/03/2022*

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr Ilham EL BAROUDI
Cardiologue
38, Bd. Rachidi, 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