

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : **ELLAKHDI Abdelmoula**

Matricule : **1135** N° CIN :

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

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

### Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr Ilham EL BAROUDI** Spécialité : **Cardiologue**  
38, Bd. Rachidi, Casablanca  
Tél: 0522 47 60 00 / 0522 47 60 10  
N° ICE : **INP 091048355** N° INPE : **Cardiologue**  
38, Bd. Rachidi, Casablanca  
Tél: 0522 47 60 00 / 0522 47 60 10  
N° INPE : **INP 091048355**

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

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 synd BSH phlébotomie**  
**Thrombose veineuse**

### Dont ci-joint ordonnance :

### Traitement prescrit :

**Ex fuge 5/80** **Zile dix LP.**

### Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **le 21/09/2023**

### 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 garantit la confidentialité des informations communiquées