



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6
MOIS

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

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

Nom et prénom : **MHAMDI MUSTAPHA**
Matricule : **1409** N° CIN : **B 48133**
Adresse : **5, Rue Kadi IASS Apt n°6 CASA NAARIF**
Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité :
N° ICE : N° INPE : **03 1035636**
Certifie que Mlle, Mme, M. :
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 :

A.T.A. Antériorité chirurgicale - OMS.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **ci-joint l'ordonnance**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **09 AVR 2024**

Cachet et signature du médecin traitant :

El Houssine BENMARTILLAI
Médecine Générale
Rue Ibnou Nafaa, Rabat - Casablanca
Tél 05 22 23 54 41 - 06 66 69 69 19

* 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

18 AVR. 2024