

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :  
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

*Ace*

| Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit   |  |
|---|--|
| Nom et prénom :   | <i>MAHIL Achah</i>   |
| Matricule :   | <i>5757</i>  |
| N° CIN :  | <i>5767</i>  |
| Adresse :   | <i>205615</i>  |
| Bénéficiaire de soins :   | <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant         |
| Partie réservée au médecin traitant   |  |
| Je soussigne :  | <i>Dr A Ben Adada</i>  |
| Spécialité :  | <i>généraliste</i>   |
| N° ICE :  | <i>091020545</i>   |
| N° INPE :   | <i>091020545</i>   |
| Certifie que Mlle, Mme, M. :  | <i>MAHIL EL Mehzi</i>  |
| Nécessitant un traitement d'une durée :   | <input type="checkbox"/> < 3 mois <input checked="" type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie |
| Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :   |  |
| <i>Sous de psychomotricité</i>  |  |
| Dont ci-joint ordonnance :  |  |
| Traitement prescrit :   |  |
| Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables  |  |
| Fait à :  | <i>Casa</i>  |
| le  | <i>07 05 2026</i>  |
| Cachet et signature du médecin traitant :   |  |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <p>Docteur ABDESSAMI BENADADA<br/>MEDECINE GENERALE الطب العام<br/>10 Rue de la Liberté 8 Casablanca<br/>Membre du Collège des Médecins<br/>GSM : 0222 79 95 05 Mobile : 9061 09 24 12</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;"> <p>MUPRAS<br/>13 MAI 2024<br/>BOUZAACHANE<br/>/ RUEIL</p> </div> |  |

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