

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

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

# MLE-10012

<b>Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit</b>	
<b>Nom et prénom :</b>	BENAOUAR N <i>YASSER</i>
<b>Matricule :</b>	10012
<b>Adresse :</b>	Apt 8 Immeuble 28 Résidence Jardins de Sidi Hay Nohamedi Agadir Maroc
<b>Bénéficiaire de soins :</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
<b>Partie réservée au médecin traitant</b>	
<b>Je soussigne :</b>	<b>Spécialité :</b>
<b>N° ICE :</b>	<b>N° INPE :</b> 03M86348
<b>Certifie que Mle, Mme, M. :</b> BENAOUAR N <i>YASSER</i>	
<b>Nécessitant un traitement d'une durée :</b>	
<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> À vie	
<i>Maladie de Longue Durée</i>	
<b>Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :</b> <i>HC. C. C. R. RDC. Hôpital Rég</i>	
<b>Dont ci-joint ordonnance :</b> <i>Oui</i>	
<b>Traitement prescrit :</b> <i>IRIS plus 150/12.5 (g)</i>	
<b>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables</b>	
<b>Fait à :</b> <i>05</i> le <i>30/05/2023</i>	
<b>Cachet et signature du médecin traitant :</b> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px; margin: 0 auto; text-align: center; line-height: 50px; border-radius: 10px;">  </div>	

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