

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

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

7312

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

Nom et prénom :

Youssef HAJIAH

Matricule :

7312

N° CIN :

B 294 657

Adresse :

HAY WAFIGNI N° 63 Rue RAFAH Berrechid

Bénéficiaire de soins :

☐ Adhérent

☐ Conjoint

☒ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

**DR JAHID SALAH**  
Médecine Générale  
Expert près les Tribunaux  
106 Bd Hassan II Berrechid  
CIN : 06 64 09 71 53

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

HAJIAH Rachid 061079638

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 :

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Depalline 87



Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Berrechid

le

15/05/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

**DR JAHID SALAH**  
Médecine Générale  
Expert près les Tribunaux  
106 Bd Hassan II Berrechid  
CIN : 06 64 09 71 53

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