

**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 : **MUSTAPHA MAKHLOUKI**  
Matricule : **3687** N° CIN : **B. 90.376**  
Adresse : **81 Rue Rho / Ben Ahmed BELVEDER CASA -**  
Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : Spécialité :  
N° ICE : N° INPE : **Docteur KHYA El Mehdi**  
Certifie que Mlle, Mme, M. : **Makhlouk Mustapha** **Médecin Généraliste**  
Nécessitant un traitement d'une durée : ☒ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☐ A vie  
**Diplômé Faculté de Médecine Casablanca**  
**Gsm 06 69 82 84 38**

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Dont ci-joint ordonnance :

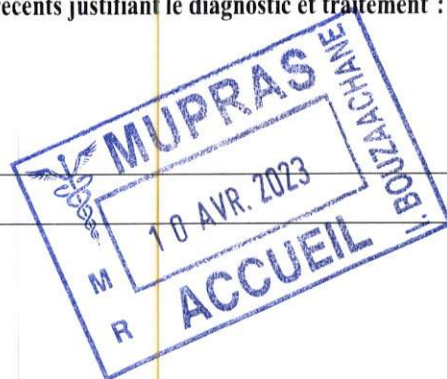
Traitement prescrit :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASA** le **08 04 2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Docteur KHYA El Mehdi**  
**Médecin Généraliste**  
**Diplômé Faculté de Médecine Casablanca**  
**Gsm 06 69 82 84 38**



\* 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