

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : *ILILI SAID*

Matricule : *722* N° CIN : *B 361978*

Adresse : *Alé Oulad Ziane 1mm # apt n°15 casa*

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *DR EL KHALIY A.-F* Spécialité : *Neurologue*

N° ICE : *091055899* N° INPE : *091055899*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Ilili Said*

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 :

*maladie de Parkinson avec hypo/hypertonie
avec trouble de la marche*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

*Stalevo 50x6
Modipar 250 1/2x6
alentus 1/2 2 + Tumeta 17 2/3*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casa* le *14/9/2022*

Cachet et signature du médecin traitant :

DR. A.F. EL KHALIY
NEUROLOGUE
Résidence Les Fief
59, Bd Zerktouni-Casablanca

*Cette déclaration est renouvelable une fois

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