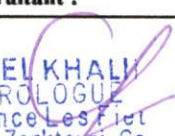


## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	ILILI SAID
Matricule :	722
N° CIN :	B 361978
Adresse :	Cité Oubad Tiane imm # apt n° 15 casa
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Dr ELKHALIDY A.F
Spécialité :	Neurologue
N° ICE :	
N° INPE :	091055699
Certifie que Mlle, Mme, M. :	Ilili Said
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
maladie de Parkinson avec des troubles hyperkinétiques au niveau de la main	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	Stalio 50 x 6 Mociper 250 1/2 x 6 alenta 1/2 2 + Timothe 17 1/2
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. ELKHALIDY NEUROLOGUE Résidence Les Fiel 59 Bd. Zerkouni-Ca	

\* 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

