

**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 : **M<sup>me</sup> Houdair Lahen**

Matricule : **1419**

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **F. El Otmani**

Spécialité : **Neurologue**

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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 :

**affection neurologique chronique  
(voir affl. médical détaillé)**

Dont ci-joint ordonnance :

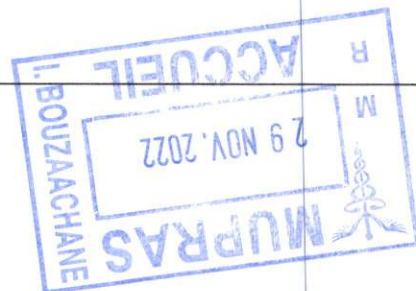
Traitement prescrit : **Alant - mélatonine  
- Baa Sa**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Ga** le **24/05/2022**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Professeur Mohamed El Otmani**  
**NEUROLOGUE**  
**Explorations Neurophysiologiques :**  
**ENMG - EEG**  
**06 67 17 33 11 - INP : 091032391**



\* 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