

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : **ILILI SAID**
Matricule : **722** N° CIN : **B371978**
Adresse : **Residence Oulad Elane apt 15 10mH Casablanca**
Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr ELKHALIDY A.F** Spécialité : **Neurologie**
N° ICE : N° INPE : **091055699**
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**



Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Stalera 50 x 6/1
Nostop 200 1/4 x 6/1
Citalopram 10 mg 1/2 x 2/1**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **14/3/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr. A.F. ELKHALIDY
NEUROLOGUE
Résidence Les Ficus
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