

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom : *ILILI Saïd*

Matricule : *722*

N° CIN : *B361978*

Adresse : *Cité Oulad Ziane apt 15 imm H Casa*

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *DR ELKHALID A. Faïd* Spécialité : *Neurologie*

N° ICE :

N° INPE : *091055649*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *ILILI Saïd*

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 du Parkinson
atémique - dystonie
au bras et de la main*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : *Stalero 50 x 7
Nodopar 600 1/4 x 2
Atényl 1/2*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casa* le *19/9/2023*

Cachet et signature du médecin traitant :

*DR. A. ELKHALID
NEUROLOGUE
Résidence Les Ficus
59, Bd. Zerkouni - Ca*



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