

**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 : **Drissi AHMED**

Matricule : **5696**

N° CIN : **A 288349**

Adresse : **Rue 200 N° 37 Marina Hamam Oufia Casa**

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

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 :

Malade d'Alzheimer

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

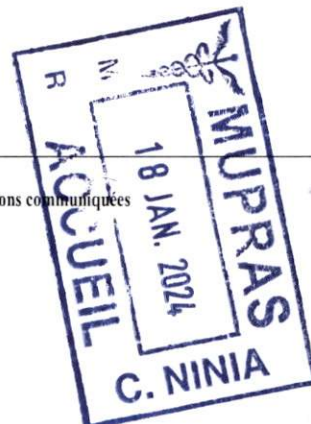
Malade d'Alzheimer
Siège de la maladie

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **04/02/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

Docteur Salwa OUMARI
NEUROLOGUE EEG - EMG
Bd Oued Laou City Office en Face de Marianne
Hay Hassani (au dessus de KFC) / Tél. 05 22 90 27 66



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