

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 : **Moustapha Mouloud**

Matricule : **1489**

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité : **Neurologie**

N° ICE : N° INPE : **081134606**

Certifie que Mlle, Mme, M : **MOUSTAPHI MOULOUD**

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☐ Plus de 6 mois

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Troubles neurocognitifs.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **ERIXA 20 DOPEZIL 10 FLUXOXYL D - Cure Tanaka.**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **13/02/2024**

Cachet et signature du médecin traitant :

Docteur Rajaa RABHI
Neurologue - Explorations
Neurophysiologiques
EEG - EMG

Bd. Yacoub Mansour N° 22 Espace El Mansou
2ème Etage N° 19 Mat. if - Casablan

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