

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

Nom et prénom : *Ihli Sait*

Matricule : *F22* N° CIN : *B371978*

Adresse : *cit' Oulad Ziane appart 15 immeuble Casablanca*

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Dr EL KHALILY A. Saïd* Spécialité : *Neurologie*

N° ICE : *001793643000053* N° INPE : *910556499*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Ihli Sait*

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
Peu à la marche*

Dont ci-joint ordonnance :

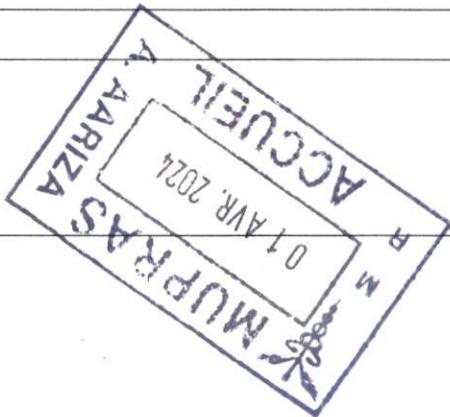
Traitement prescrit : *Staleos 100 + 50 x 5
Todoper 200 mg 6x6
Atropine 1/2 sn*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casa* le *20/3/2024*

Cachet et signature du médecin traitant :

*Dr. A.Y. EL KHALILY
NEUROLOGUE
Résidence Les Fiertés
59 Bd. Zerktouni-Casablanca*



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