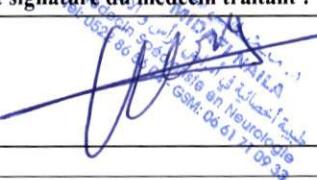


## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	HAR SAMIA.
Matricule :	0847.
N° CIN :	
Adresse :	
Bénéficiaire de soins :	<input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité : Neurologie
N° ICE :	001849468000061
Certifie que Mlle, Mme, M. :	N° INPE : 091118301
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
Maladie de Parkinson	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitements prescrits :	Maladie de Parkinson
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	Truey.
Fait à :	WILHELM le 08/01/2018
Cachet et signature du médecin traitant :	
 	

\*Cette déclaration est renouvelable une fois

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