

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALIDABLE UN AN

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom : **HARHAR SAMIA**

Matricule : **887** N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Pr OUAHABI HAMID** Spécialité : **NEUROLOGIE**

N° ICE : **101107662** 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 :

Syndrome parkinsonien diagnostiqué

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Acide L-DOPA 250 mg, 3 fois par jour, 10 mg de selegiline 1 fois par jour, 10 mg de ropinirole 1 fois par jour.**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **16/09/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :



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