

799

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : **IILI SAID**

Matricule : **722** Nº CIN : **B 361978**

Adresse : **Cité Ouled Ziane app 15 imm H Casa**

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr EL KHALIDI A. F** Spécialité : **Neurologue**

Nº ICE : **091055699** Nº INPE : **091055699**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **IILI Said**

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 abîmée hyperkinésie avec trouble de la marche.
nécessitant un traitement Dopamino-ergique
au long cours.**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

**Stalevo 50 x 691; Nodopar 1/2 x 61,
Citanlo 1/2s →**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **14 3 2022**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr. A.F. EL KHALIDI
NEUROLOGUE
Résidence Les Fleurs
59 Bd. Zerktouni-Casa**



*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