

156120



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

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

Nom et prénom : MOUARAK BOUAFID

Matricule : 5340 N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE : 001683780000094 N° INPE : 091022590

Certifie que Mlle, Mme, M. : MOUARAK BOUAFID

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 :

Débouffanteux hystérique & B.Peo.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

- Sachets 80  
- Spiriva

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : OASM le 06/04/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. AMRANI HENCI  
Poumon-chestique et  
Résidence Fès  
RDC - Casablanca  
Tél: 06 24 65 01 00

\* Cette déclaration est renouvelable une fois

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