

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 : **MOHAMED BOUHAÏB**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. : **MOU ALID BOUHAÏB**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 :

Insuffisance respiratoire et BPEP

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**Sachet 500
- spiriva**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **ASM** le **06/06/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

DR. AMRANI HENCHALI A.D.
 Pneumo-pharmacologue et Cardiologue
 Résidence Firmin
 RDG - CASABLANCA
 Tél 06 22 69 02 02

* 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