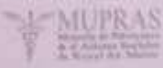


# MLE-6069

	<b>DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS.</b>	code : PR2FR04
		Version : 01
		Date : 24/05/2022

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	BOUYA MOUEN JOHANNES
Matricule :	6069 N° CIN : CIN 7152
Adresse :	Villa 5 Rue 2 OUDS2 VILLAS FA CASA
Bénéficiaire de soins :	<input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant

Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité : Médecin généraliste
N° ICE :	N° INPE : 09123948
Certifie que Mlle, Mme, M. :	BOUYA MOUEN NARSIL
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 :

Asthme bronchique chronique depuis 22 ans.  
Salbutamol + Fluticasone ALMETEND

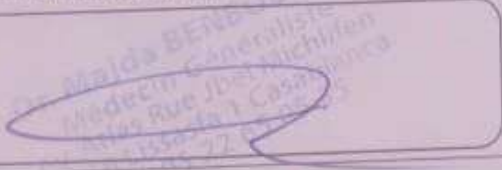
Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : Ventoline  
Salbut 250

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : CA le 23/03/2023

Cachet et signature du médecin traitant :



\* Cette déclaration est renouvelable une fois  
En application de la loi 68-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées