

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

Nom et prénom : **SCALLY Fatma Ezzouhra**

Matricule : **4675**

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : **SCALLY Fatma Ezzouhra**

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 :

**Bronchite à répétition avec sécheresse compensée
avec - Asthme persistant.**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **- Foster pmdo
- Ventoline**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **28/1/23**

Cachet et signature du médecin traitant :

Docteur BEN MALLEM Mustapha
Pneumophisiologue
1 Rue d'Alger - Casablanca - Maroc
Tél : 022 82 23 42



* 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

