

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

Nom et prénom : **HARIFI BACHIR RACHID**

Matricule :

2387

N° CIN :

G 52110

Adresse :

64 HAY ALMAGHRIB AL ARABI SECTEUR 1 TEMARA

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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 :

BPCO chronique
(EFA: sd, absolu ne peut pas)

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

- sylvest 200
- Tigena
- wluce

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Salut

le **17/11/23**

Cachet et signature du médecin traitant :



Dr. Nouredine JMIT
Spécialiste Maladies
Respiratoires
0522 22 78 18

* 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