

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom :

BOUDOU FAROUK

Matricule :

1654

N° CIN :

B410173

Adresse :

08 IMPASSE THHA HOUCINE GAUTHIER CASA

Bénéficiaire de soins :

☒ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

BOUDOU FAROUK

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 :

BPCV sévère

EGH: obstruction mère

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Serex de 200

Spiriv

9chamoz

Zepan

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca

le 19/6/23

Cachet et signature du médecin traitant :

Professeur
Abdelaziz AICHANE
Pneumo-Allergologie
40, Rue des Hôpitaux Casablanca
Tél: 0522-22-22-03 / GSM: 08 51 72 82 61
INPE: 09 10 35 121

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

NB. Le bronchodilatateur FOSTER Poudre
m'était prescrit avant le dernier traitement
Prière vous référer à ma dernière feuille
de maladie N° 0121 06 74 38
du 17-01-23