

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

Nom et prénom :

**BOUDOU FAROUK**

Matricule :

**1654**

N° CIN : **B410173**

Adresse :

**08 IMPASSE TAHIA 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 :

*BPCO stérile*

*EFM : obstruktion majeure*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

*Serodol 200*

*Spirinav*

*Ichanez*

*Zepom*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casablanca* le *19/01/2023*

Cachet et signature du médecin traitant :



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

*NB - Le bronchodilatateur FOSTER Poudre  
m'était présent avant ce dernier traitement  
Veuillez nous référer à ma dernière feuille  
de maladie N° 021 06 74 38  
du 17-01-23*