



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom :

Latrifi Radia

Matricule :

9708

N° CIN :

BES582818.

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Dr Salma TELLOU
Pneumologue - Allergologue
Imme Marhaba, Angle Avenue Cheikh
Saadi et Avenue 29 Février
Talborj - Agadir - Tel: 05 28 82 58 82

Spécialité :

N° ICE : 00468867 2000085

N° INPE : 04 31 20 492

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Latrifi Radia

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

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

Metformine

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Agadir le 21/04/22

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr Salma TELLOU
Pneumologue - Allergologue
Imme Marhaba, Angle Avenue Cheikh
Saadi et Avenue 29 Février
Talborj - Agadir - Tel: 05 28 82 58 82

*Cette déclaration est renouvelable une fois

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