

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

Nom et prénom :

Wahlich RAOIA

Matricule :

9708

N° CIN :

BE 582818

Adresse :

Villa M46 Hay Mohammadi Extension Toulon Agadir

Bénéficiaire de soins :

☒ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

Pneumologue

N° ICE :

004698852006665

N° INPE :

INPE 041170192

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

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

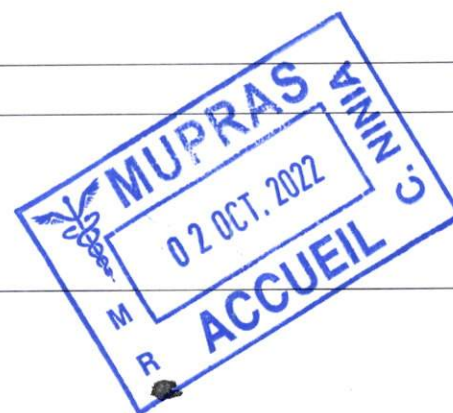
Ultrabron

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le / /

Cachet et signature du médecin traitant :



\* 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