

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

Nom et prénom :

WATHIKA RADIA

Matricule :

3708

N° CIN :

BE 582818

Adresse :

VILLA M46 ITAY NOTHAM MADI EXTENSION CLIC 044 Agadir

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité : Pneumologue

N° ICE : 0046988520066665

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 :

Traitements prescrits :

Ulfibron



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 garantie la confidentialité des informations communiquées