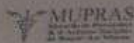


MLE-10300


**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS**

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

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

Nom et prénom :

Matricule :

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant
**Partie réservée au médecin traitant**
Je soussigne : **Dr NAZIHA NAZIHA** Spécialité : **pneumologie**N° ICE : **ICE:001708832000071**N° INPE : **091115485**Certifie que Mlle, Mme, M. : **Ri'ADOU i RALTI'AD**Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☐ A vie**durée indéterminée.**

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

**Aspergill + Rhinite allergique perçue par le patient  
l'absence de l'âge de 12 ans -  
EPR montre une triple ventilation**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**Albuterol - 125 µg/40 µg (4)  
Acarbose, chlorure + 400 µg  
btz - Albuterol spray + Spirulac 12**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASA** le **07 MARS 2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr. NAZIHA NAZIHA**  
D'origine  
B. Ed. Khoulouji - 17 Derb Omar  
Casablanca - Tél.: 05 22 44 05 16

\* 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