

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

Nom et prénom : RAHMOUNE FATHNA

Matricule : 839 / N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE : N° INPE :

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 :

*Problème aigu sur. Asthme fermé
table.*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits : *Salbutamol 1-0-1.*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : le / /

Cachet et signature du médecin traitant :

*Pr. Abdelaziz BAKHATAR
Pneumo-Phisiologue Allergologue
15, Bd. Abdellah Ben Anoual Capital Center 1er Etage N°5
Casablanca - Tel: (212) 522 99 66 24*



*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