

**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 : **ELOIRDI EL MOSTAFA**

Matricule : **02015** N° CIN : **B 75668**

Adresse : **Derb Nejma Bloc 429 n°20 Hay Hassani CASABLANCA**

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **DR. R. BERRADA** Spécialité : **Médecin urgentiste**

N° ICE : **00152700700011** N° INPE : **091M 2045**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **EL OWARDI EL Mostapha**

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 :

- détresse respiratoire + signes d'asthme peracute
- spirométrie : déficience ventilatoire en VEMS + CVF non réversible ss β_2 inhalés

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

- corticostéroïdes inhalés.
- inhaler
- corticostéroïdes par voie orale.
- singulier.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **15/3 / 2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

DR. R. BERRADA
MEDICIN SEMU

* 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



KH.