

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

Nom et prénom : **MOHAMED BOUEHAN**

Matricule : **5340**

N° CIN :

Adresse : **HAY QDSRES ELFAJR IMM L N°3 BARNOUSICA SA**

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigné :

Spécialité :

N° ICE : **001683780000094** N° INPE : **091022590**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **MOHAMED BOUEHAN**

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 :

Insuffisance respiratoire et BPCO

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**Sachet 500
- spiriva**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASA** le **06/04/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. AMRANI HENCHAILAH
Pneumo-phésitologue et Allergologue
Résidence Firca 2014, G125A
RDC - CASABLANCA
Tél: 05 22 89 02 02

* 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

