

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

**Nom et prénom :** MOUANAN BOUHENNA

**Matricule :** 5340 **N° CIN :**

**Adresse :** HAY QDS RES ELFAJR IMM L N°3 BARNousic ASA

**Bénéficiaire de soins :**  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

**Je soussigne :** **Spécialité :**

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

**Certifie que Mlle, Mme, M. :** MOUANAN BOUHENNA

**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 :**

Maladie de la poitrine & B.R.E.

**Dont ci-joint ordonnance :**

**Traitements prescrits :**

Sachet 500  
- 800 mg

**Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables**

**Fait à :** DR. **le** 06/04/2023

**Cachet et signature du médecin traitant :**

Dr. AMRANI HENCH LAI  
Pneumo-chestologue et Allergologue  
Résidence Firdaus, Gv 25A  
RDC - CASABLANCA  
Tél: 06 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 garantie la confidentialité des informations communiquées

