

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

Nom et prénom : **20KH88A YOUSSEF**

Matricule : **05543** N° CIN : **E753063**

Adresse : **6 Rue BEYROUTE LOT EL IRAKIA BERRECHID**

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Dr. ZAIDANE Sara . زيدان صارا** **Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **Dr. ZAIDANE Sara**  
Pneumologue-Phtisiologue-Allergologue  
Bd Mohammed V et Rue Omer Ibn

Spécialité : **Pneumologue**

N° ICE : **061251979**  
El Khatteb - Etage 3, N° 6 Berrachid  
Tel: 0522035535 N° Urgence: 0522035534

N° INPE : **061251979**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **Dokhla Youssef**

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 :**

**- BCO post tabagique sur Disposition d'effort stade I m DRC  
- Spironette, 5g de plus dans dernière**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

**Formalair.  
Igel à inhaler x 2/jr pendant 6 mois**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Berrechid**, le **12/06/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :



\*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