

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6
MOIS

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

5641

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

Nom et prénom : **HASSINE NOUREDDINE**

Matricule : **05641**

N° CIN : **B 5320 30**

Adresse : **199 Lotissement Amine Sidi maârouf Casablanca**

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE : N° INPE : **09mbku18**

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☐ A vie **5 cm**

Sans depuis 12/03/2020.

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

**Cancer du sein sphé, ayant reçu radiothérapie
actuellement sous letrozole 2,5mg 1cp/1**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **letrozole 2,5mg 1cp/1**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **13/10/2022**

Cachet et signature du médecin traitant :

Centre International
d'Oncologie Casablanca
Dr. NACIRI MOU
Oncologie - Radiothérapie
4, Route de l'Oasis Rue des Feuilles, Casa
Tél : 05 22 78 81 81



* 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

