

**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 : *chakoum Bouckra*

Matricule : *9697*

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant



Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Dr. Naoufel MAMOU*

Spécialité : *oncologue*

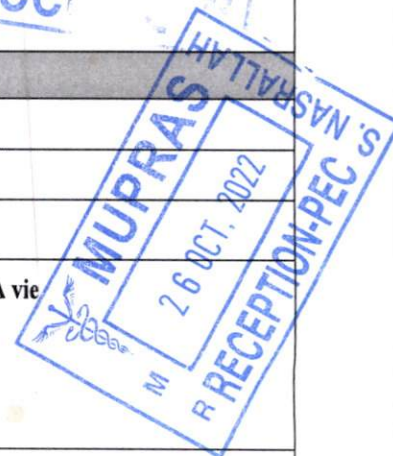
N° ICE :

N° INPE : *09 mbu18*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *chakoum Bouckra*

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

Traitement 15 ans



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

*Cancer du sein opérée, sous hormonothérapie
adjuvante*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Letrozole 2,5 mg 1 cp/j (pendant 15 ans)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casablanca* le *24/10/2022*

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 garantit la confidentialité des informations communiquées