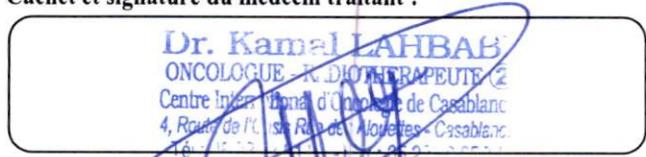


## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	LAGHRIB AHMED
Matricule :	000 1470
	N° CIN : B 289 366
Adresse :	160 <sup>e</sup> Lot coop EL WAFA, Derouia.
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. :	
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
<i>neo de poitrine st s metastase par xeloda</i>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	<i>Xeloda 800g</i>
 <i>casablanca 06/12/2022</i>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	<i>casablanca 06/12/2022</i>
Cachet et signature du médecin traitant :	
 <i>Dr. Kamal LAHBAB ONCOLOGUE - RADIOTHERAPEUTE Centre Inter Hospital d'Oncologie de Casablanca 4, Route de l'Or, sur Rue des Nouvelles Casablanca</i>	

\*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