

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 :	150° Lot coop EL WAFI, Deroua.
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigné :	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 :	
mes de p... s... par xeloda	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	Xeloda 500g
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	Casablanca 06/12/2022
Cachet et signature du médecin traitant :	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <p>Dr. Kamal LAHBAB ONCOLOGUE - RADIOTHERAPEUTE Centre International d'Oncologie de Casablanca 4, Route de l'Université - Alouettes - Casablanca</p> </div>	



* 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