

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit
Nom et prénom :

HDOUCHÉ AHMED

Matricule :

000 12 24

N° CIN : B 63139

Adresse : 60 Rue Ibn Halka Etg 3 App 3 résidence Kenza Bourguogne casa**Bénéficiaire de soins :** Adhérent Conjoint Enfant
Partie réservée au médecin traitant
Je soussigne : Dr Almed MOUADDIB Spécialiste en Hématologie Clinique Greffe de Moelle Spécialiste en Hématologie Clinique Greffe de Moelle Additif N°1 - Casablanca

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

091113746

INPE

Certifie que Mlle, Mme, M. : HDOUCHÉ AHMED**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 :

Baladénopathie axillaire, en rapport avec
un tableau de Waldenström

Dont ci-joint ordonnance :**Traitements prescrits :**

- ZELYA
- Entinoxon
- Dexendoxon

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : CASA le 16 05 2023

Cachet et signature du médecin traitant :

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées

