



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

MLE-2801

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

Nom et prénom :

Matricule :

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins :

☐ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigné :

Dr S. TACHFINE
Spécialiste en Oncologie Médicale
INP : 091131532

Spécialité :

N° ICE :

Centre Al Kindy - Casablanca

N° INPE :

091131532

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Fouad Zohra

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 :

Adénocarcinome du sein métastatique

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Thérapie - Leucovorin

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Casablanca le 21/02/2024

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr S. TACHFINE
Spécialiste en Oncologie Médicale
INP : 091131532
Centre Al Kindy - Casablanca

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