

☐ **valable 3 mois**

*note
1574*

Le 19 / 07 / 2021

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné : *Dr. KHALFAOUI Iliam*
Oncologue Radiothérapeute

NPE : 091052626

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Dr. d'Oncologie Achifaa* *Jied Aicha*

Présente *un cancer du colon localement avancé*

Nécessitant un traitement d'une durée de : *03 mois / 6 cures de*
chimiothérapie

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit) *Folpiterax + Gemcitabine*

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage, Casablanca

