

pli conf. dentiel

113241

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	LAGHRIB Armed
Matricule :	1470
N° CIN :	
Adresse :	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Dr. Kamal LAHBABI ONCOLOGUE - RADIOTHERAPEUTE Centre International d'Oncologie de Casablanca 4, Route de l'Oasis Rue des Aigrettes - Casablanca Tél : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Dr. LAHBABI Kamal
N° ICE :	
N° INPE :	05 1184564
Certifie que Mlle, Mme, M. : M LAGHRIB Armed.	
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 : adénocarcinome pancréatique localement avancé.	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Xeloda 500mg : 3cp matin et soir pour 14 jours puis repos une semaine.	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : Casablanca le 05/05/2022	
Cachet et signature du médecin traitant :	
Dr. Kamal LAHBABI ONCOLOGUE - RADIOTHERAPEUTE Centre International d'Oncologie de Casablanca 4, Route de l'Oasis Rue des Aigrettes - Casablanca Tél : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74	

RECEPTION PEC
M
06 MAI 2022
MUPRAS
S. NASRALLAH

*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