

pli confidentiel

113241

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : LAGHRIB Ahmed

Matricule : 1470 N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant **Dr. Kamal LAHBABI**  
 ONCOLOGUE - RADIOTHERAPEUTE ②  
 Centre International d'Oncologie de Casablanca  
 4, Route de l'Ouest Rue des Aïclettes - Casablanca  
 Tél : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74

Je soussigne : DR. LAHBABI Kamal

N° ICE : 09 1184564 N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : DR LAGHRIB 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 :

adénocarcinome pancréatique localement avancé.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

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 08/05/2022

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr. Kamal LAHBABI**  
 ONCOLOGUE - RADIOTHERAPEUTE ①  
 Centre International d'Oncologie de Casablanca  
 4, Route de l'Ouest Rue des Aïclettes - Casablanca  
 Tél : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74

\*Cette déclaration est renouvelable une fois

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