



MLE-7743

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 : **CHRAÏBI SAAD**
Matricule : **7743** N° CIN : **A 114254**
Adresse : **Residence OCEAN PALM Imm. 8 APPE 3 DAR BOUAZZA CASABLANCA**
Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **D^r Fatma BEN ABID** Spécialité : **Oncologie Médicale**
N° ICE : **00166668300090** N° INPE : **10116722**
Certifie que Mlle, Mme, M. : **Chraïbi Saad**

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ A vie
Chimiothérapie adjuvante par FOLFEX durant 6 mois
Poche de lobectomie à vie - Surveillance à vie.

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

T. de l'operculite traitée par radiothérapie
Adénocarcinome rectal opéré et en cours de traitement
par chimiothérapie - Colostomie définitive

Dont ci-joint ordonnance : **Chimiothérapie par FOLFEX**

Traitement prescrit : **Oraliprotine - Icturapir - 5FU**
Néthylprednisolone - Setron - Baxfer - IPP

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Rabat** le **13/07/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :
CLINIQUE D'ONCOLOGIE - RABAT
DR FATMA BEN ABID

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