


Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : <b>CHRAÏBI SAAD</b>	
Matricule : <b>7743</b>	N° CIN : <b>A 114 254</b>
Adresse : <b>Dépendance OCEAN PALM Imm. 8 APP 3 DAR BOUARZA CASABLANCA</b>	
Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne : <b>D<sup>r</sup> Fatma BEN ABID</b> Spécialité : <b>Oncologie Médicale</b>	
N° ICE : <b>00 16 666 83 00090</b>	N° INPE : <b>10 11 67 202</b>
Certifie que Mlle, Mme, M. : <b>Chraïbi Saad</b>	
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	
<b>Chimiothérapie adjuvante par Folfex durant 6 mois</b> <b>Poche de lobéonies à vie - Surveillance à vie.</b>	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : <b>T. de l'opercule trachéale par radiothérapie</b> <b>Adénocarcinome rectal opéré et en cours de traitement</b> <b>par chimiothérapie - Colostomie définitive</b>	
Dont ci-joint ordonnance : <b>Chimiothérapie par Folfex.</b>	
Traitement prescrit : <b>Ovalipronne - Icturapir - 5FU</b> <b>Néthylprednisolone - Setron - Bactér - IPP.</b>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : <b>Rabat</b> le <b>13/07/2023</b>	
Cachet et signature du médecin traitant :	
	

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

