

**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 : **AMINI ABDEENBI**

Matricule : **6412**

N° CIN : **B784593**

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : **AMINI ABDEENBI**

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 :

**Suivi pour Néphrose chronique au Niveau sérique
Néphrotique au Niveau hépatique en profession biologie**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Chimiothérapie type Folfiri -
Bévacizumab.**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **23/09/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

DR. NAJIB EL KHALIL
Médecin Généraliste
N° 1878/22750/2019
N° 1878/22750/2019



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