

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

 Nom et prénom : **AMINI ABDEENI**

 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. : **A. Amini Abdessi**

 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 Néoplasie chorioïde au niveau cérébral
 Néostélique au niveau hétérogène en profession biologique

Dont ci-joint ordonnance :

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

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

 Fait à : **Casablanca** le **30/09/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :



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