


Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	LAHYANE EL HAJI
Matricule :	2924 N° CIN : B 107788
Adresse :	03 colonement amane 4 Res. Strada 2 Bd Omar BEN KHATTAB Sidi Moumen CASAB
Bénéficiaire de soins :	<input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	K. TOUANI Spécialité : UROLOGUE
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. :	LAHYANE RACHIDA
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input checked="" type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
Doulx adénome @ hypertrophie prostatique	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : urolog doulx ad.	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	CAS le 10/11/22
Cachet et signature du médecin traitant :	
	

* Cette déclaration est renouvelable une fois

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

