

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

Nom et prénom : *M. J. A. T. B. BOUAFZA*

Matricule : *8560*

N° CIN :

Adresse : *Oulfa Rn 109. 1/F 1*

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

N° ICE : *001639110000*

Spécialité :

N° INPE : *091013191*

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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 :

*Centre d'Urologie  
Professeur Saâd BENJELLOUN  
— Chirurgien Urologue —  
Ancien Chef du Service d'Urologie  
59, Bd 7 Mai 1958, Casablanca, Tel. : 0522 88 01 12/13/14  
PROSTATITE*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

*α-ATNAT (10mg) ZYLOMID (200mg)*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Conse* le *03 AVR 2023*

Cachet et signature du médecin traitant :

*Centre d'Urologie  
Professeur Saâd BENJELLOUN  
— Chirurgien Urologue —  
Ancien Chef du Service d'Urologie  
59, Bd 7 Mai 1958, Casablanca, Tel. : 0522 88 01 12/13/14*

\*Cette déclaration est renouvelable une fois

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