

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

**Nom et prénom :** TAHIR Mohamed

**Matricule :** 1438 **N° CIN :**

**Adresse :**

**Bénéficiaire de soins :**  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

**Je soussigne :** Spécialité :

**N° ICE :** 09 **N° INPE :** 091157594

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

**Nécessitant un traitement d'une durée :**  < 3 mois  Entre 3 et 6 mois  A vie

Xatral

**Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :**

Hygertrophie prostate

**Dont ci-joint ordonnance :**

**Traitements prescrit :**

Xatral



**Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables**

**Fait à :** le 05 JUIN 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