

**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 :

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 :

Hypertrophie prostatique

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Xatral



Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le 05 JUIN 2023

Cachet et signature du médecin traitant :

Professeur BENNANI Saad
Chirurgien Urologue
42, Bd. Abdelmoumen - Casa
Tél: 0522 73 10 23 / 0522 23 10 73

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