

**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 : **LOUDGHIRI ABDULAH**

Matricule : **1600**

N° CIN : **B 223 802**

Adresse : **LOT CHANTIMAR - IMPASSE RUE 1 - N° 24 - CASABLANCA**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **Pr. KOUTANI Abdellatif**

Spécialité :

**Chirurgien Urologue**

N° ICE :

**Polyclinique Ryad Annakhil**

**Hay Ryad - Rabat**

**INPE : 101111821**

N° INPE :

**INPE : 101111821**

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

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 :

*Adenocarcinome de la prostate  
métabolique*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

*- Hormonothérapie  
- Radiothérapie*



Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Rabat* le *2 / 6 / 23*

Cachet et signature du médecin traitant :

**Pr. KOUTANI Abdellatif**  
**Chirurgien Urologue**  
**Polyclinique Ryad Annakhil**  
**Hay Ryad - Rabat**  
**INPE : 101111821**

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