

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

Nom et prénom : **SENOUSSI Mamour**
Matricule : **5103** N° CIN : **5 1760**
Adresse : **6 residence castellmar rue Vergomard 17in Diab Casablanca**
Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité :
N° ICE : N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. : **SENOUSSI Mamour**
Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ A vie
en Sclérose

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :
Tumeur rénale Res. S. rants

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Res. C par Resection endoscopique
S'1 proc tme rénale "2° look"**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : le / /

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Mohamed LEMSEFFER
Chirurgien Urologue
24 Rue El Alloussi Bourgogne - CASA
Tél: 05 22 27 41 17 / 20 64 83



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