

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

Nom et prénom : **MR BENCHERIF Gili - Saïd**
Matricule : **2048** N° CIN : **A45930**
Adresse : **0661453762**
Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Professeur EL MOUHAMMED** Spécialité : **Urologie**
N° ICE : **091157412** N° INPE : **091157412**
Certifie que Mlle, Mme, M. : **Ben Cherif Am Sam**
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 :

Sténose de prostate

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Urologie

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le / /

Cachet et signature du médecin traitant :

Professeur EL MOUHAMMED
Chirurgien Urologue
Abdelmajid - Casablanca
Tél : 0522 25 35 36 Fax : 0522 25 35 36

20 SEP. 2023



* Cette déclaration est renouvelable une fois

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