

**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 :	1432 N° CIN :
Adresse :	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE : 091157594
Certifie que Mlle, Mme, M. :	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input checked="" type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> 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 2/4 AVR. 2024
Cachet et signature du médecin traitant :	
<p><b>Professeur BENNANI Saâd</b> Chirurgien Urologue 42, Bd. Abdelmoumen - Casa Tél: 0522 23 10 23 / 0522 23 10 73</p>	

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