

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6
MOIS

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	JAMEL HASSAN
Matricule :	7086
N° CIN :	W 29948
Adresse :	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Dr. LAKMAL
N° ICE :	001678726000073
N° INPE :	091165555
Certifie que Mlle, Mme, M. :	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois	
<p>Dr. Abdellah LAKMAL Chirurgien Urologue 281, Rue El Fida Casablanca Tél. : 0522 83 37 86</p>	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
<p>- Instabilité chronique - PSA élevé 6,8 ng/ml</p>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Flutamide 1003	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	Casablanca le 29/05/2023
Cachet et signature du médecin traitant :	
<p>Dr. Abdellah LAKMAL Chirurgien Urologue 281, Rue El Fida Casablanca Tél. : 0522 83 37 86</p>	

* 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