

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

Nom et prénom : **AKOZDEM Abdellah**

Matricule : **5630** N° CIN : **B564430**

Adresse : **1179 CHAIFA RUE AL N° 147 - CASA**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr. Yassine ZARKIK** Spécialité :

N° ICE : **Chirurgien Urologue** N° INPE : **091230391**
Bd. El Qods Résidence Al Hakim

Certifie que Mlle, Mme, M. : **AKOZDEM Abdellah**
2ème Etage Ain Chock - Casablanca

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ A vie

hypertrophie prostatique

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

**prostatisme obstructif
débilitant et furtif**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Flotral 1g/15 6 mois

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **12/12/2021**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Yassine ZARKIK
Chirurgien Urologue
Bd. El Qods Résidence Al Hakim
2ème Etage Ain Chock - Casablanca

* 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

