

**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 : **RAISSI EL ARBI**

Matricule : **7252**

N° CIN : **B 147272**

Adresse : **LOT Wafa Ami N° 272 H DEROUA**

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **DR ELTYRENI**

Spécialité : **UROLOGUE**

N° ICE :

N° INPE : **091217364**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **RAISSI EL ARBI**

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 :

ADK PROSTATIQUE METASTATIQUE

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

DECAPEN H 11/15 15/30

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASABLANCA** le

Cachet et signature du médecin traitant :

DR. EL ARBI MOHAMED
CHIRURGIEN UROLOGUE
20, Bd. Mohammed VI - Casablanca
Tél : 0522 22 78 15 - 0522 22 78 18



* 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