

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit
Nom et prénom : *RAÏSSI EL ARBI*
Matricule : *7252*
N° CIN : *B 147272*
Adresse : *Lot WAFA Ani N° 272 H DEROUA*
Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant
Je soussigne : *DR EL PRINI*
Spécialité : *Urologue*
N° ICE :
N° INPE : *091217364*
Certifie que Mlle, Mme, M. : *RAÏSSI 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 métastatique
Dont ci-joint ordonnance :
Traitement prescrit :
DECAPROTEYL 11,15 mg / 3mg
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables
Fait à : *(AGAFANA)* le

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. EL ARINI MOHAMED
 CHIRURGIEN UROLOGISTE
 26, Bd. Alphonse Lemerre Casablanca
 Tél. : 0522-22-78-15



*Cette déclaration est renouvelable une fois

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