

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Cd 173484

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

Nom et prénom : *LAHYANE EL HADJ*

Matricule : *2924*

N° CIN : *B 107788*

Adresse : *03 lotissement Amine 4 Rue Soltana 2 Sidi Moumed CASA*
Bd = Omar Ben KHATTAB

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *R. TOUABO*

Spécialité : *UROLOGUE*

N° ICE :

N° INPE : *09 1136473*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *LAHYANE EL HADJ*

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 :

ADENO CARCINOME

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

*Traitement : Penicilline
(Cefepime 3g)*



Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *CASA* le *09/09/2023*

Cachet et signature du médecin traitant :

[Signature]

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