

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

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom : **LAHYANE EL HADJ**

Matricule : **2924**

N° CIN : **B107788**

Adresse : **03 Lotissement Amine 4 Rue Soltane 2 Sidi Mounir Bd Omar Boukhatib CASA**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité : **UROLOGUE**

N° ICE :

N° INPE :

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 :

• Adénocarcinome prostatectomisé
• Sévérité de l'adénocarcinome

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **ANALOGUE LH - 2H**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASA** le **28 / 12 / 23**

Cachet et signature du médecin traitant :





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