

**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 : **KARKAR Brahim**
Matricule : **612** N° CIN : **B 5830**
Adresse : **N° 80 Lot Marjana Sidi Maanouf Casablanca Maroc**
Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☒ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **D^r TOUAB KHANB** Spécialité : **UROLOGIE**
N° ICE : N° INPE : **091136473**
Certifie que Mlle, Mme, M. : **KARKAR, BRAHIM,**
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 :

**2 m elevé
Propose Androcaranone Prostate.**


Dont ci-joint ordonnance :

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

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **casablanca** le **23/1/24**

Cachet et signature du médecin traitant :


Dr. Khalid TOUABI
UR UROLOGUE
11 Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca
Tél: 0522777777 - 05227771930



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