

**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 : **BAKRI NACIRI MOHAMMED**  
Matricule : **3563** N° CIN : **B181816**  
Adresse : **DERB KOREA 39 N°42 CASA**  
Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **Dr LAKMAL** Spécialité : **Urologue**  
N° ICE : **001678726000073** N° INPE : **09M65555**  
Certifie que Mlle, Mme, M. : **BAKRI NACIRI MOHAMMED**  
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 :

- Prostate de ch.  
- TR : prostate augmentée de volume d'allure adénomateuse  
- PSA : Normal 3,83 ng/ml.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**Alpha blo**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASA** le **05/03/24**.

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr. Abdellah LAKMAL**  
Chirurgien Urologue  
291-Bd EL FIDA Casablanca  
0522 83 37 86



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