



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALIDE UN AN

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom : *NOUFEK Costafa*

Matricule : *2477* N° CIN : *B139139*

Adresse : *143 lot HAS FATEH OULFA*

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *M. M. Driss Lahizi*

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

NOUFEK Costafa

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 :

*Négatif fibroscan C à forte charge virale
avec une fibrose au stade 4.*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

EPCUSA

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casablanca* le *14/02/24*

Cachet et signature du médecin traitant :



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

