

**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 :

NOUFER COSTAFA

Matricule :

2477

N° CIN :

β139139

Adresse :

143 lot HAS FATEH OULFA

Bénéficiaire de soins :

☒ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Dr. Sabir

Spécialité :

Dr. SABIR MUSTAPHA  
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE  
28 Avenue Dries Lahrizi  
20150 - 05 64 65 65 65

N° ICE :

N° INPE :

0911 22577

Certifie que Mlle, Mme, M. :

NOUFER

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 :

Hépatite chronique C stade chronique avec une fibrose au stade 4.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

EXCLUS

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Casablanca le 14/02/24

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. SABIR MUSTAPHA  
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE  
28 Avenue Dries Lahrizi  
20150 - 05 64 65 65 65

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