

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6
MOIS**

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

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

Nom et prénom : **Mr SOUMMANE ABDESSADEQ** **مستمان عبد الصادق 2069**

Matricule : **2069**

N° CIN : **B335219**

Adresse : **N° 529, Avenue '2 Mars' HAY AL ANDALOUS 1. CASA-EL FIDA**

Bénéficiaire de soins : ☒ **Adhérent** ☐ **Conjoint** ☐ **Enfant**

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE : **001841640000054**

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

SOUMMANE ABDESSADEQ **20181248**

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 :

HVC Chronique CV > 20000 Transé = 270
A1F1F2

Dont ci-joint ordonnance :

Sofosbuvir + Dacatasvir

Traitement prescrit :

SSB 400 1cp/j
DAKASVIR 60 ug 1cp/j

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa le 13/03/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :



* Cette déclaration est renouvelable une fois

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