

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

Nom et prénom : **Mr SOUMMANE ABDESSADEQ مولى عبد الصمد سليمان**

Matricule : **2069**

N° CIN : **B 335219**

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 :

INPE

Certifie que Mlle, Mme, M. : **SOUMMANE ABDESSADEQ**

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 Clinique CV > 20 000 Traité ≈ 27

A1F1F2

Dont ci-joint ordonnance :

Sofosbuvir + Dactelvir

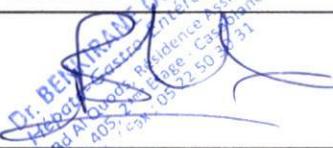
Traitement prescrit :

**SSB 400 scplj
DAKASVIR 60 mg leplj**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca le 13/03/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :



15/03/2023

*Cette déclaration est renouvelable une fois

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