

**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 : **DEKASWI MALIKA**

Matricule : **1209** N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **Professeur Salwa NADIR** Spécialité : **Hépto-Gastroentérologie**

N° ICE : **001645295000086** N° INPE : **091028860**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **DEKASWI MALIKA**

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 :

**Hépate B.**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Tefovir**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca**

Cachet et signature du médecin traitant :  
**Professeur Salwa NADIR**  
Hépto-Gastro-entérologie  
Proctologie Médicale et Chirurgicale  
Clinique Dar Assalam  
120, Bd. Mohammed V - 20000 Casablanca - Tél : 0522 22 77 14 14



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