

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

Nom et prénom : *-Deukasui MAGIKA*

Matricule : *NEog* N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

Je soussigne :

Professeur Salwa NADER  
Hépato-Gastro entérologie  
Proctologie Médicale et Chirurgicale  
Clinique Dar Bouazza  
120, Bd M'dina 1er Casablanca 10220 Casablanca

Spécialité :

N° ICE : *00164929500086* N° INPE : *091028860*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Deukasui Malika.*

Nécessitant un traitement d'une durée :  < 3 mois  Entre 3 et 6 mois  À vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Hépatite B.

Dont ci-joint ordonnance :

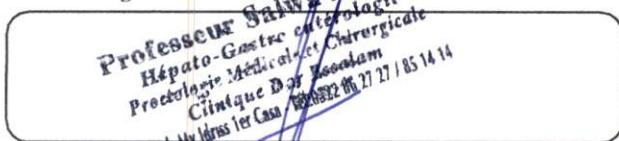
Treatment prescrit :

*Telovir -*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casablanca*

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