

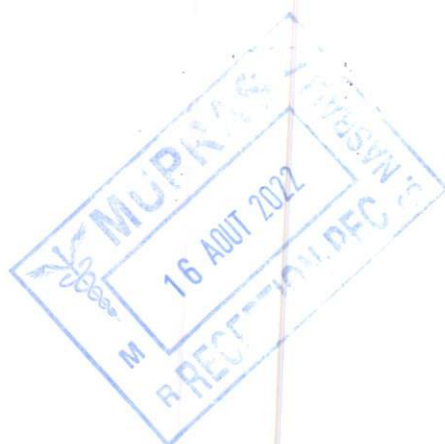
☒ **valable 3 mois**

Mle: 2623

06 JUL. 2022  
Le ...../...../20.....

<b>DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE</b> <input checked="" type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	<i>Dr. Thami Akesbi</i>
Certifie que Mlle, Mme, M. :	<i>EL HANOUF OUK</i>
Présente	<i>un MA @ EUPHYRIUM</i>
Nécessitant un traitement d'une durée de :	<i>à vie</i>
Dont ci-joint ordonnance :	
(à défaut noter le traitement prescrit)	

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca



**Docteur AKESBI Thami**  
Cardiologue Fès  
INP : 141004119  
CE : 001687107000087

