

Mle: 2623

valable 3 mois

06 JUIL. 2022

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

M. Thami

Certifie que Mlle, Mme, M. :

El HAFNAI

Présente

El HAFNAI

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 mois

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : 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

