

✓ **valable 3 mois**

1307

Le 10/08/2022

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : KOUANE MOKHTAR

Présente DIL

Nécessitant un traitement d'une durée de : 6 mois

Dont ci-joint ordonnance : deuxième 50/1000

(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

