

Matricule 944

☐ valable 3 mois

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

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE <input type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	
Certifie que Mlle, Mme, M. : <u>Zitoune Kebira</u>	
Présente <u>HTA & diabète & Dyslipidémie</u>	
Nécessitant un traitement d'une durée de : <u>Triplicor 10/20/10 18</u> <u>Zyloric 120 18</u> <u>Insuline</u>	
Dont ci-joint ordonnance :	
(à défaut noter le traitement prescrit)	

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-15
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah. 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue EL Moudjahid EL Fakir
6ème Etage. Casablanca

Dr. Siham BELAICHE
Cardiologue
Rue El Moudjahid EL Fakir
6ème Etage N° 5
Casablanca

Dos = W21-710.328

