

☐ valable 3 mois

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

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

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

Je soussigné : Dr. PARRADA OUMAYMA

Certifie que Mlle, Mme, M. : FHOULE Bahma

Présente Diabète, Dyslipidémie, HTA

Nécessitant un traitement d'une durée de : 3 ans

Diamicon 60 (2xj) - Glucophage (p(2xj)) - Amapr 5g
TORVA 10g - Karipen 500.

Dont ci-joint ordonnance : Dr. Oumayma Parrada

(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 : 0522-22-78-18
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage, Casablanca

