

2971

~~977A~~☒ **valable 3 mois**

Le 24/9/2022

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné :

Certifié que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-16 // fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) Casablanca

