

☒ **valable 3 mois**

2146

Le 27/09/2022

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Dr. Amina EL KHADIRI
Enfants & Adultes
Angle Bd. My Abdellah Av. 11 Janvier Im.
Aswak Salam Bab Doukkala N° 7 Marrakech
Tél : 06 24 42 06 60 - GSM : 06 61 21 80 84

M. Mohamed Lahouine

HTA + Adhénose

un traitement

ADAT

IC

AAPQ

Shens

Leyne d'uni
Jehung elahl
bas le bec

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

