

**MLE-7539**

☒ valable 3 mois

Le 03/10/2023

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE** ☒

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

Je soussigné :

 **Cardiologue**

Certifie que Mlle, Mme, M. :

137 Av. Mohamed V - Gueliz  
Marrakech - Tel 05 24 43 88 18

**ABBADA Zahra**

Présente

**ACFA / AVC / RH**

Nécessitant un traitement d'une durée de :

**Trois mois**

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

**1°) Aldactone 50, 2°) Digoxine 3°) Sinthom**

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto: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

 **Dr. Baji Khalid**  
**Cardiologue**  
163 Av. Mohamed V - Gueliz  
Marrakech - Tel 05 24 43 88 18