

N° 1990

☐ valable 3 mois

Le 03/01/2023

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : GHALMI Amar

Présente Diabète Insulinodépendant

Nécessitant un traitement d'une durée de :

à vie

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

Docteur BENABDI
Ent. 1010, 1er Etage
Angle entre l'axe de la
S. 1010, 1er Etage
Imm Communal n° 10, 1er Etage

