

valable 3 mois

1<sup>re</sup> 1990

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. : GHALIYA Aamar

Présente ..... Masle Insulobio.

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Traitement - 3 mois.

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [pec@mupras.com](mailto: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 BENABDALLAH  
En exercice à Casablanca  
Angle Route d'Assab  
Sidi Abdellah  
Imm Communal n°10, 1er Et.  
Janvier 62

