

ML 5118

☒ **valable 3 mois**

Le ..22../..11../20.22..

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la 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)

Docteur Samir El Filali
Endocrinologue
Complexe Al Moustaqbal - Bp. 107, GH04
Appt. N°2, Sidi Maarouf - Casablanca

BENABDELYEM EL FILALI SAMIR

un Diabète de Type 2 insulino

3 mois renouvelables

