

payement

Le 23/12/22

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

A remplir par le praticien	
Je soussigné:	2437
Certifie que Mlle, Mme, M:	FATHI KHADDOUJ
Présente	D.N.I.D. (diagnostic en cours de suivi)
Nécessitant un traitement d'une durée de:	Longue durée -
Dont ci-joint l'ordonnance:	
(A défaut noter le traitement prescrit).....	

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

الدكتور عبد السلام الخديجي
 Dr. Abdessalam El Khadoudji
 الطب العام - Médecine Générale
 INPE: 041066317

