

☒ **valable 3 mois**

2414

Le 23/01/2023

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné : Dr CHIBANI Mostafa

Certifie que Mlle, Mme, M. : M^r HAYAL Abdelatif

Présente une HTA

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance : du 23-1-2023

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : 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. CHIBANI MOSTAFA
CARDIOLOGUE
231, Bd. Bir Anzara, Qt. Maarif
Casablanca
Tél: 0522 22 66 66 / Fax: 0522 22 66 64
E-mail: moustchibani@gmail.com
ICE: 001663263000013



RECEIVED
JAN 1961
WOLF 522