

valable 3 mois

8414

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. : N° HEYAF Abdessalif

Présente Mme 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 BENABELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Dr. CHIBANI MOSTAFA
231, Bd. Bir Anzarane - Casablanca - Tél: 0522 22 66 64
E-mail: mustchibani@gmail.com
ICE: 091663263000013



1234567890

1234567890

1234567890

1234567890