

valable 3 mois

8055

Le 6.1.2023

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : Filali chahad Abdellali

Présente HTA + Cardiopathie

Nécessitant un traitement d'une durée de : 6 mois

Dont ci-joint ordonnance : *Dr. Mehdi BENELLOUN*
الدكتور مهدي بنلoun
CARDIOLOGIE
Rue 2, N°61, 1er Etage BP Chahdia El Oula
Tel: 0522-22-97-07-62-06-04-72-39-74
INPE: 91170630

(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*

