

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE <input checked="" type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	Dr. Saadouni Mohamed
Certifie que Mlle, Mme, M. :	Baril Elouadi Aicha
Présente	Conceptionneuse
Nécessitant un traitement d'une durée de :	
Dont ci-joint ordonnance :	
(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. Mohamed SAADOUNI
* Cardiologue Interventuel *
Institut de Cardiologie et d'Angiologie
728, Bd. Modibo Keita - Casablanca
Tél: 05 22 80 00 00 - Fax: 05 22 82 16 12

