

143

valable 3 mois

Le 20 AVH 2021

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Nouhli Elou estafa*

Présente *HTA*

Nécessitant un traitement d'une durée de : *4 mois*

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 / 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fahd Mubarakeh (ex Rue Heintz) - Casablanca

*M. L. E. 247*

