

☐ **valable 3 mois**

Le 25 / 5 / 2021

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE** ☐

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 mois renouvelable  
Atacand 16, Nebibet, amilor 5/10, CardioAspirine  
Celucophage 600

Dont ci-joint ordonnance :

25/5/2021

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com) // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir  
6ème Etage, Casablanca

Docteur DEBBARH Laïla  
Médecine Générale  
Centre Commercial Audito-Imm 3  
Route d'El Madida - Madrit - Casa  
Tél: 05 22 98 22 57

Pharmacie Afak  
Benamir Nassim  
Bloc 22 Rue 6 N° 74  
Hay Mohammadi - Casablanca  
Tél : 08 22 62 83 70

Pharmacie Afak  
Benamir Nassim  
Bloc 22 Rue 6 N° 74  
Hay Mohammadi - Casablanca  
Tél : 05 22 62 83 70

