

7700

☒ **valable 3 mois**

- 2 JUL. 2021  
Le ...../...../20.....

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒**

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

Je soussigné :

*Dr. Ghita EL KHAYAT*

Certifie que Mlle, Mme, M. :

*Abdelhak S A O V D*

Présente

*une maladie chr.*

Nécessitant un traitement d'une durée de :

*3 mois*

Dont ci-joint ordonnance :

*noy*

(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 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : 1<sup>er</sup> étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca



**Dr. Ghita EL KHAYAT**  
Médecin-Psychiatre Psychanalyste  
131, Bd. d'Anfa - Casablanca - Maroc  
Tél: +212 522 270 907 - Fax: +212 522 205 493  
Email: rita\_khayat@gmail.com