

☐ valable 3 mois

Le 17/06/2021

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M.

Elhaj ep Boucharki Fatima

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

03 mois

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Glucophage 1000 mg

site : www.mupras.com // mail : 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

