

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné : Dr BELAMINE Fatima

Certifie que Mlle, Mme, M. : HANNOU Asdeleuhes

Présente hypertension artérielle

Nécessitant un traitement d'une durée de :

6 mois : Maladie de longue durée

Dont ci-joint ordonnance : Trifazid 5/2,5 1cpt

(à défaut noter le traitement prescrit) cardioaspirine 100 1cpt

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. BELAMINE Fatima
Médecin Généraliste
55, Boulevard Louane Salma II
Sidi Othmane - Tél : 0522 38 56 25

