



**valable 3 mois**

Le 03/03/2000

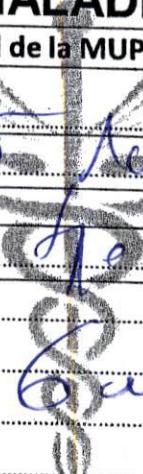
## **DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE**

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

Je soussigné :

Dr. TAKI

Chirurgien



TAKI

Cancérologie

Certifie que Mlle, Mme, M. :

M. ABDERRAHMANE

Arabe

Présente

Diabète

diabète

Nécessitant un traitement d'une durée de :

6 mois

6 mois

Dont ci-joint ordonnance :

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 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

