

valable 3 mois

4930

Le 03 DEC 2021

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

م. فاطمة بنت موسى و مراجحة العبيو
شارع واد سمعان 54
الدار البيضاء
المملكة المغربية
00 212 522 8975 38

Certifie que Mlle, Mme, M. : **MOUNSIF Fatima**

Présente **G lancer une rhomque Bilatérale d'angle ouvert**

Nécessitant un traitement d'une durée de : **A vie**

Dont ci-joint ordonnance : **ordonnance du tt.**

(à défaut noter le traitement prescrit) **Monoprostic**

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

