

☐ valable 3 mois

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : LARAKI Fotimo

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

HTA - 100 mg / 50 mg / 25 mg
5 à 10 ans

Dont ci-joint ordonnance :

Vous m'ordonnez

(à défaut noter le traitement prescrit)

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


Dr. S. El Maani
Professeur de Cardiologie
356, Rue Mostafa El Maani
CASABLANCA
Tél. 0522 22 19 24, 27 27, 13 36

