

☒ **valable 3 mois**

24/9 / 31 OCT 2019

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

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE <input checked="" type="checkbox"/>	
Dr. Fouad BENNANI (A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné : Dr. Fouad BENNANI 136, Immi. Fa.aj Rte. Bouskoura Sidi Maarouf III Tél. 05 22 58 30 15 - Casablanca GSM 06 61 15 98 81	
Certifie que Mlle, Mme, M. :	EC OUSAYBI Mohamed
Présente	HTA sévère
Nécessitant un traitement d'une durée de :	traitement à vie
Dont ci-joint ordonnance :	
(à défaut noter le traitement prescrit)	

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. Fouad BENNANI
CARDIOLOGUE
136, Immi. Fa.aj Rte. Bouskoura Sidi Maarouf III
Tél. 05 22 58 30 15 - Casablanca
GSM 06 61 15 98 81

05 22 58 30 15 - 19