

valable 3 mois

2459
31 OCT 2019

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

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

Dr. Fouad BENNANI
CARDIOLOGUE

Je soussigné _____ Rte. Bouskoura Sidi Mâarouf III
Tél. 05 22.58.30.15 - Casablanca
GSM 06 61 15 98 81

Certifie que Mme, Mme, M. : El OUESSADY Mohamed

Présente HTA severe

Nécessitant un traitement d'une durée de : traitement en Vic

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, Imm. Faraj Rte. Bouskoura Sidi Mâarouf III
Tél. 05 22.58.30.15 - Casablanca
GSM 06 61 15 98 81

2011-19