

☒ **valable 3 mois**

Handwritten signature

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

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné :

Dr. El Khayat

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Abdelhaklek SIAOU

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 mois

Dont ci-joint ordonnance :

as u

(à défaut noter le traitement prescrit)

Handwritten line

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

- 4 NOV. 2019

Handwritten signature
Dr. Ghita EL KHAYAT
Médecin Psychiatre - Psychanalyste
13 Rue d'Anfa - Casablanca - Maroc
Tél. : +212 522 270 907 - Fax : +212 522 205 493
Email : ghita_khayat@gmail.com