

**valable 3 mois**

MALE 8848

08.11.19  
Le ..... / ..... /20.....

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE**

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

Je soussigné :

*El KANABI Mohamed*

Certifie que Mlle, Mme, M. :

*El KANABI Mohamed*

Présente

*Dokter - HT*

Nécessitant un traitement d'une durée de :

*très long cours*

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto: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

08.11.2019

*Docteur KIFLAJI MOHAMMED  
Médecin Spécialiste  
En Diabétologie En Médecine Nutritionnelle  
En Médecine Pédiatrique  
13 rue Gambetta - 13137 Paris  
Téléphone : 0523 37 04 44*

