

✓ 2003

valable 3 mois

Le 06.01.2003

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Dr. A. EL KIFANI  
CARDIOLOGUE

Certifie que Mlle, Mme, M. : BENCHICHEF ANIMA

82, Rue Soumaya - Casablanca  
Tél: 0522.98.72.37 / 0661.18.75.82  
ICE: 001748483000083

Présente .....

H.F.A

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Sinonct et renouvelable

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit) EXFORGE 5/160mg + DÉTENTIL 10mg

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

Dr. A. EL KIFANI  
CARDIOLOGUE  
82, Rue Soumaya - Casablanca  
Tél: 0522.98.72.37 / 0661.18.75.82  
ICE: 001748483000083

