



valable 3 mois

28 JAN 2020

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

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente ..... en état de faire une cure de .....  
Nécessitant un traitement d'une durée de : ..... 3 mois

annuel 4 - 1 - = 12

Jours actifs /mois 2 - 1

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. Abderrahim BOKHAMY  
Endocrinologue Diabetologue  
Av. Allal Ibn Abdellah - Bds. Ibn Khaldoun  
Porte 4 - Berrechid - Tel : 0522 32 87 87

