

☒ valable 3 mois

9696

Le 02 / 01 / 2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné : *Pr El Otmani*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Samaroui LAIDI*

Présente *un affecⁿ neurologique chronique*

Nécessitant un traitement d'une durée de : *longue durée*

ALD 020

Dont ci-joint ordonnance : *Oui*

(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 Helntz) - Casablanca

Professeur Hicham ELLOIMANI
Neurologue
Clinique Médica Oasis
Tél 06 67 17 49 11