

pour pec
39335

2430

☐ valable 3 mois

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

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

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

Je soussigné :

Dr. Rafai M.A.

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Chayou Fatou Zahra

Présente

un affec Neurologique Chay MS/Sos

Nécessitant un traitement d'une durée de :

longue durée

Dont ci-joint ordonnance :

Interferon

(à défaut noter le traitement prescrit)

Dr. M.A. RAFAI
RES - Neurologue
Membre du Syndicat National des Médecins
ENMG
Rdv 06 22 81 80 66

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax 0522-23-10-80
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed V, 6ème Etage, Casablanca

MUPRAS
15 SEP. 2020
ACCUEIL