

ME 86 88



☐ valable 3 mois

Le 11 / 09 / 2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	
Certifie que Mlle, Mme, M. : BELENGH NABIL	
Présente Hypertension artérielle	
Nécessitant un traitement d'une durée de : au long cours (3 mois renouvelable)	
Dont ci-joint ordonnance : Cosyrel + Kardelic	
(à défaut noter le traitement prescrit)	

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
 Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah. 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
 6ème Etage. Casablanca

Dr. BEFENE PAMELA
 Résidente en cardiologie
 CHU Hassan II Fès