

valable 3 mois

Le 28.../..08./20...  
*2020*

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Salih Ikhady*

Présente *un diabète Type II* son maladie

Nécessitant un traitement d'une durée de :

*longue durée*  
=

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [pec@mupras.com](mailto: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

*ME  
3535*

*MUPRAS*  
23 SEP. 2020  
*ACCUEIL*