

☐ valable 3 mois

Le 28 / 08 / 2020

<b>DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE</b> <input type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	
Certifie que Mlle, Mme, M. : <u>Saïh Khady</u>	
Présente <u>un diabète Type II son malade</u>	
Nécessitant un traitement d'une durée de : <u>depuis deux</u>	
Dont ci-joint ordonnance :	
(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

Ne  
3535

 **MUPRAS**  
23 SEP. 2020  
ACCUEIL