



1981

valable 3 mois

Le 04/09/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné : Hôpital AASTANA
Pr ASS. AASFARA Jelâne
Neurologue

Certifie que Mlle, Mme, M. : **FARAHATE HOUADA**

Présente **zine Myopathie généralisé à Ac arthrus**

Nécessitant un traitement d'une durée de : **03 mois renouvelable**

Dont ci-joint ordonnance : **metformin 7/2cpx3/j + Dabthera 1g/6mns**

(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 Heintz) - Casablanca

