

☒ **valable 3 mois**

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Toussaint Pathi Halima

Présente

HTA, Insuffisance Veineuse

Nécessitant un traitement d'une durée de :

long cours (3 mois renouvelable)

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

01 JUL 2020

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

Dr Fatima - Azzahra MIFTA
Cardiologue
105, bd Abdelhameed
Moulay El Bacha - Casablanca
Tél : 0522 22 78 14 / 15

RECETTES
01 JUL 2020
MUPRAS