

**valable 3 mois**

Le 16.10.2020

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous enveloppe confidentielle)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : Dr. H. EL KABLI .H  
PROFESSEUR EL KABLI .H  
MEDECINE INTERNE  
CHIAUDE MERS SULTAN

Présente ..... On lui a diagnostiqué une affection rénale

Nécessitant un traitement d'une durée de :  
de durée indéterminée

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

BAY DOURI KAMAL  
Me: 61 83  
Tél: 0661339012

