

☒ **valable 3 mois**

Le 21/01/2021

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE** ☒

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

Je soussigné :

Angle Bd. Panoramique et Bd. 2  
Mars Andalous 3 Rue 14 N°1 - 1<sup>er</sup> Etg.  
Casablanca - Tel. 05 22 52 05 05

Certifie que Mlle, Mme, M. :

MEHAR OV MEHAR

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

longue durée

Dont ci-joint ordonnance :

Démitti

(à défaut noter le traitement prescrit)

M<sup>le</sup> 2188

