

☐ **valable 3 mois**

Le 24.../05.../20.22

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	Dr LAABI
Certifie que Mlle, Mme, M. :	MAHMOUD SOUAD
Présente	une HTA chronique
Nécessitant un traitement d'une durée de :	6 mois
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

