



valable 3 mois

Le 30.01.2023

1307

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : KOUAMÉ MOHTAZ

Présente

DIE + HTA

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Six mois

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit) Jaune et gris / 100g

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



ROCHE
DIAPO
SOCIETE
GENERAL
ASSURANCE
DU TRAVAIL
Casablanca
Tunisie
Algérie
Maroc
Sénégal
Cronutrition
Aix
Souscription
Générale
du Travail
Casablanca
Tunisie
Algérie
Maroc
Sénégal