



*Rec 8/56*  
*8/12*

valable 3 mois

Le 06.../02.../20.23.

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Hn. Sd. de Stéphane Ferraro en tant que patient

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 mois

traitement simple : Icp 1g, Cetor 10 g, Icp 1g, Janment 50/180  
Icp 1g, parapent 200 g, Tap 2 g

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto: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