

10295

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné : Dr Saad Elamri Noham

Certifie que Mlle, Mme, M. : El Ouafi Achou

Présente une Cardiopathie ischémique

Nécessitant un traitement d'une durée de : longue durée

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit) Copie : Dr. & Dr. Noham

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

Dr. Mohamed SAADA OUI
* Cardiologue Interventionnel *
Institut de Cardiologie et d'Angéiologie
728, Bd. Modibo Keita - Casablanca
Tél: 05 22 80 00 00 - Fax: 05 22 82 16 12

