

valable 3 mois

2325

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

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE <input checked="" type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	
Certifie que Mlle, <u>Mme</u> , M. :	<u>Sadaoui Khoulifa</u>
Présente	<u>HTA chronique sans traitement</u>
Nécessitant un traitement d'une durée de :	<u>03 mois renouvelable</u>
Dont ci-joint ordonnance :	<u>Dr. ALAMI M</u> <u>Professeur en Cardiologie</u> <u>64 Bd Hassan II Casablanca</u> <u>St. C. 22000 Casablanca</u>
(à défaut noter le traitement prescrit)	

MUPRAS
10 MAI 2023
RECEUIL
I. BOUZAACHANE