

**valable 3 mois**

~~6 mois~~

8414

Le 26.7.2023

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné : *Dr CHIBANI Mostafa*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *1<sup>er</sup> HIYAS Abdellatif*

Présente *avec HTA*

Nécessitant un traitement d'une durée de : *6 mois*

Dont ci-joint ordonnance : *du 26.7.2023*

(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 BENABELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

