

☒ valable 3 mois

6 mois

Le 26 / 7 / 2023

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE** ☒

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

Je soussigné : Mr CHIBANE Mustapha

Certifie que Mlle, Mme, M. : M HAYAT Abdelatif

Présente une 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 BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca



**CARDIOLOGUE**  
231, Bd. El Anassir, Casablanca  
Tél: 0522 22 66 66 / 0522 22 66 64  
Email: [cardio@mupras.com](mailto:cardio@mupras.com)