

valable 3 mois

7539

02 FEV. 2023

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

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

DR BAJI KHALID

Certifie que M^{me}, Mme, M. :

ABBA DA ZAHRA

Présente

DR / AVC

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 Mois

DR BAJI Khalid
Cardiologue
183 Av. Mohamed V - Gueliz
Marrakech. Tel. 05 24 43 88 18

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

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

