

☒ **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 Mlle, Mme, M. :

ABADA ZAHRA

Présente

RM / 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)

