



☒ valable 3 mois

N° 3057

Le 20/09/2023

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

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 Alfai BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Dr. RADI FATIMA ZOHRA
Cabinet de Cardiologie et Maladies
Vasculaires
Av. Moulay Ismail, Acacias B, N°
TANGER - Tél : +212 5 39 95 6
INPE : 101253339