



valable 3 mois

163

mle
1962

Le / /20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Dcn Si diBouda

Présente

me Hypertension Artérielle

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

Stamal 80

06/07/2020 INDE

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com / tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-16
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème E'age. Casablanca

