

17^{le} 7/115



☐ valable 3 mois

Le 02/7/2021

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE <input type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	
Certifie que Mlle, Mme, M. : <u>Sofie Addouie Abdallah</u>	
Présente <u>HTA, DNI, Anxiété</u>	
Nécessitant un traitement d'une durée de : <u>l'autisme, ce-amalgam, l'ysmae, l'oxygène et l'ultra</u>	
Dont ci-joint ordonnance : <u>2 m</u>	
(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 : 0522-22-78-18
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah. 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage. Casablanca

