

10507

valable 3 mois

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

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Tél : 05 22 23 37 91 - Fax : 05 22 23 42 15

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Dr. DEMBRI Khaled*

Présente *un Diabète*

Nécessitant un traitement d'une durée de : *Très longue*

(Tixatod Hm30 + Deltamirine)

Dont ci-joint ordonnance :

(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

Dr. DEMBRI Khaled
Endocrinologie - Diabétologie et Nutrition
9, Rue Al Kadi Lais - Casablanca
Tél : 05 22 23 37 91 - Fax : 05 22 23 42 15

