

5730

☒ valable 3 mois

Le 05/05/2021

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné :

Docteur Tagnaouti Brahim

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Ben Salem Mustafa

Présente

hypertension artérielle chronique

Nécessitant un traitement d'une durée de :

quel que soit le traitement de longue durée

Docteur TAGNAOUTI Brahim
Médecin Généraliste
70, Rue de Normandie Maarif
Tél: 05 22 26 60 42

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

PHARMACIE DE LA GUERISON
Imm 137, N°1 Secteur C2
Hay Nassim Lissasfa-CASA
Tél: 05 22 91 54 76

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

PHARMACIE DE LA GUERISON
Imm 137, N°1 Secteur C2
Hay Nassim Lissasfa-CASA
Tél: 05 22 91 54 76

