

☒ **valable 3 mois**

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

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. me

Gaouch HASINA

Présente

un Diabète Type 2

Nécessitant un traitement d'une durée de :

À vie

une hypocholestérolémie

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Docteur Zineb SLAOUI BLOURI
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE
NUTRITIONNISTE
40, Angle Rue des Nations Unies et Rue Doukhal, Casablanca
Tél : 05 22 22 23 45 / 05 22 48 27 75
INPE : 0 - 1130393 - ICE : 001097433000063

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com / 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Aïal BENABOU et Rue Doukhal, Casablanca