

☐ valable 3 mois

3654

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

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

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

Je soussigné : Dr HIMI

Certifie que Mlle, Mme, M. : M. MOHAMED Mohamed.

Présente Hypertension artérielle.

Nécessitant un traitement d'une durée de : A vie avec contrôle trimestriel.

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

DR. H. IMI Hassan
CARDIOLOGUE
Au 4^{ème} Etage, Résidence Essaka 2
113-1^{er} étage, Tél: 339972043

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

