

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

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

Je soussigné : Dr El Otmani Hicham

Certifie que Mlle, Mme, M. : HOUDEIR Lahcen

Présente Ma femme souffrante chronique

Nécessitant un traitement d'une durée de :

chronique sans interruption
(H.D.)

Dont ci-joint ordonnance : 6 - jour

(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 Hicham EL OTMANI
EUROLOGUE - EEG / EMG
Clinique Jerrada Oasis
06 67 17 32 11
INP : 091032391

