

**valable 3 mois**

MLE 944

Le 25/01/2022

## **DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE**

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

Je soussigné :

Dr. Siham BELAICHE  
Cardiologue  
Angle Bd. Ibn Khaldoun et Adraa  
EL Mourakuchi 3ème Etage N°5  
Casablanca - Tel: 0522 61 11 33

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Zitoune Khatia*

Présente *H.A. de Kha*

Nécessitant un traitement d'une durée de : *indefinie*

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [pec@mupras.com](mailto: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

