

☐ **valable 3 mois**

Le 10/02/2022

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	
Certifie que Mlle, Mme, M. : <u>IBRAHIM Mohamed</u>	
Présente <u>HT</u>	
Nécessitant un traitement d'une durée de : <u>pendant 2 ans</u> <u>pour</u>	
Dont ci-joint ordonnance : <u>Professeur Lr</u>	
(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

