

valable 3 mois

Le 23/3/2022

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Dr. S. S. J. (Signature)

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Chourab Bouzaa (Signature)

Présente affection à longue durée de type *Diabète de type 2 ischémique*

Nécessitant un traitement d'une durée de : *à vie*

Glucophage

Dont ci-joint ordonnance : *Tabs 40g; Glucophage, glucophage*

(à défaut noter le traitement prescrit)

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

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

