

☐ valable 3 mois

Le 06/04/2022

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

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

Je soussigné : **Dr Amale EL AMRANI**
CARDIOLOGUE

Certifie que Mlle, Mme, M. **Massoud Elougagh**
545, Bd. Mohammed VI, Casablanca - Tél. 0222 56 80 80

Présente **HDA légère**

Nécessitant un traitement d'une durée de : **6 mois renouvelable**

Dont ci-joint ordonnance : **Oui**

(à défaut noter le traitement prescrit)

Dr Amale EL AMRANI
CARDIOLOGUE
CLINIQUE CALIFORNIE
545, Bd. Mohammed VI, Casablanca - Tél. 0222 56 80 80

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

