

valable 3 mois

Le 11.4.120.22

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

DR RAKA SAB

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Saoud - Abdellah

Présente

une Hypertension artérielle

Nécessitant un traitement d'une durée de :

lmpme stme.

Dont ci-joint ordonnance :

Clopid 10/5

(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 BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Dr. SAID BIZIK
6ème étage d'Université et Diabète, clinique
Praticien-échographie, électrocardiogramme
Médecine Essentielle au Pôle des Tribunaux
Tel: 05 22 23 11 96 / Gsm: 0661 1645 47

