

**valable 3 mois**

de 1207

Le ...../...../20.....

## **DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE**

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

Je soussigné :

Cardiologue  
Bd Afghanistan, Derb Houria, Bloc 225  
Hay Hassani - Casablanca

Certifie que Mlle, Mme, M. :

INPE: 091173914

Présente

*Fathia Abdellah*

Nécessitant un traitement d'une durée de :

*à vie*

Dont ci-joint ordonnance :

*Biphasic 500 mg + Metformin 1000 mg*

(à défaut noter le traitement prescrit)

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

