

Le ..... 2/6 DEC. 2019 .....

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

A remplir par le praticien

Je soussigné: **Dr. BERBICH MOHAMMED**  
**CARDIOLOGUE**  
54, Angle Rue Ain Asserdoune  
et Avenue Oukba Agdal - Rabat  
Tél.: 05 37 68 00 14

Certifie que Mlle, Mme, M : **HAFID PATI**

Présente **dyslipidémie**

Nécessitant un traitement d'une durée de:  
**longue durée**

Dont ci-joint l'ordonnance: **crestal**

(A défaut noter le traitement prescrit).....

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

INPE: 102043494

الصيدلية الحديثة  
**PHARMACIE MODERNE**  
S.A.R.L. D'ASSOCIÉ UNIQUE  
Place Rabia Al Adouya, Rés. Kaïs  
Agdal - Rabat  
Tél: 05 37 77 89 82 / 05 37 68 09 70  
Fax: 05 37 77 23 54