

Le 3.11.20

5738

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

A remplir par le praticien	
Je soussigné:	<u>DR. F. EL KHAYAT</u> Endocrinologue Diabétologue Régime Youssoufi et Rue Khattab 731 Avenue Mohammed VI - Casablanca Résidence: 10000 Casablanca Tél: 05 22 26 62 11
Certifie que Mlle, Mme, M :	<u>Zouafi Mohamed</u>
Présente	<u>un diabète type 2</u>
Nécessitant un traitement d'une durée de:	<u>durée indéfinie</u>
Dont ci-joint l'ordonnance:	<u>voir ci-joint</u>
(A défaut noter le traitement prescrit).....	

(✓) : Valable 1 année

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

