

☐ **valable 3 mois**

Le **14 NOV. 2020** /20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

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

Je soussigné : **D. Benhayou**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **Kinani Ouafan N° 4611**

Présente **une pancréatite auto-immune**

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

Dont ci-joint ordonnance :

Polupred + Imu...

(à défaut noter le traitement prescrit)

Docteur M. Benhayou
Hépatogastroentérologue
N° 0522-22-78-15
Casablanca

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

