

☐ valable 3 mois

Le 14/01/2021

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

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

Je soussigné :

Dr Lahachi Rachid

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

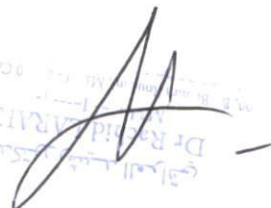
Pancréatite + cholécystite à JG 4

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Corticoides, Imunol.

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)



NLE 4615
0661334933

☐ valable 3 mois

Le 23/12/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

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