

☐ **valable 3 mois**

1360

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

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE** ☐

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

*Noussoufir*

*Abdelmohi*

Présente

*MSA stade 3*

Nécessitant un traitement d'une durée de :

*(3 mois)*

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

الدكتورة نعيمة  
Dr. BAADDY Naima  
Cardiologue  
طبيبة اختصاصية في امراض القلب والشرايين  
Cité Alqods Tranche I Rue 16 Numéro 75  
1er étage Sidi Barnoussi Casablanca  
Tél. : 05 22 75 18 35

