

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. : Naessofir Abderrahim

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 بسمة نعيم
Dr. BAADDY Naima
Cardiologue
طبيبة اختصاصية في أمراض القلب والشرايين
Cité Alqods Tranche 1 Rue 16 Nuséro 75
1er étage Sidi Benoussi Casablanca
Tél. : 05 22 75 18 35

