

MLÉ 5468



☐ valable 3 mois

Le 04/07/2022

<b>DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE</b> <input type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	
Certifie que Mlle, Mme, M. : <u>SERNANI Naima</u>	
Présente <u>DNID - HTA - Puget R. Rotarance</u>	
Nécessitant un traitement d'une durée de : <u>ou long temp.</u>	
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

Médecin Général et Urgence  
El Makhoul Lakrounane  
Casablanca

