

☒ valable 3 mois

Le 20/03/2023

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné :

5059

Tel : 05 22 83 23 32 / 83 180 83 180  
Casablanca 1er Etage

Certifie que Mlle, Mme, M. :

BELLAI ARNEIR RABAH

Présente

Glaucome chronique

Nécessitant un traitement d'une durée de :

à vie

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

