

☒ **valable 3 mois**

nr 2466

Le 10...../12...../2019.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)
Dr. Mohamed El Khissy
Ophtalmologiste
100, Bd Brahim Rousselle 2e Etage
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 48 88
CASA BLANCA

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

SOUS: SOUS

Présente

un syndrome occ. oculaire chronique

Nécessitant un traitement d'une durée de :

A vie par H Topique - Astéroc vendon.
- VITA pour Dufan
- LORAS anti-épilept.

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

