

MLE-2729

Le 21.03.13....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

A remplir par le praticien

Je soussigné:

Certifie que Mlle, Mme, M

J. Ben Meldranky

Présente

M2

Nécessitant un traitement d'une durée de:

Dont ci-joint l'ordonnance:

(A défaut noter le traitement prescrit).....

Domigan 60 + 100 mg x 2

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18