

Le 21.12.2012

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 :

NISRAT NAJAF

Présente

05.12

Matricule 2729

541114376

Nécessitant un traitement d'une durée de:

Dont ci-joint l'ordonnance:

(A défaut noter le traitement prescrit):

Ortus 10 + Hamolgy 10
1-0-1 340-78

(✓) : Valable 3 mois

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