

Docteur Mohamed LEBBAR
CARDIOLOGUE
4, Rue Tarik Ibn Ziad
Quartier des Hôpitaux - Casa
Tél: 0522 86 33 66 - Fax: 0522 86 33 55

Le 1/11/13

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

A remplir par le praticien	
Je soussigné:	Docteur Mohamed LEBBAR CARDIOLOGUE 4, Rue Tarik Ibn Ziad Quartier des Hôpitaux - Casa Tél: 0522 86 33 66 - Fax: 0522 86 33 55
Certifie que Mlle, Mme, M :	GRU CHA Retouche
Présente	une Malade Coronarienne sévère
Nécessitant un traitement d'une durée de:	longue durée
Dont ci-joint l'ordonnance:	
(A défaut noter le traitement prescrit).....	

(✓) : Valable 3 mois

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