

☐ **valable 3 mois**

ML 2548

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

FALLAH *Bachir*

Présente

Glaucome

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Indéterminée

Dont ci-joint ordonnance :

Collyre Gout 1g/100ml 580

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah. 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage. Casablanca

Dr. LAOUSSI Nadia
Professeur en Ophtalmologie
Sis à 16 Boulevard Abdelmoumen
Résidence Koutoubia
Casablanca - Tel/fax : 05 22 99 46 00

