

☐ valable 3 mois

Le 20/03/2022

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE** ☐

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : **OUSSOUS BRANIN**

Présente **Glaucome chronique simple**

Nécessitant un traitement d'une durée de :

**Se Bauguo jusqu'à X o 6 h ou  
Asphogore**

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

