

☒ **valable 3 mois**

Le 12/11/2019

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné : **Ophthalmologiste**

Galerie Familia Angle Rue Jura

1 Av. Vergne 3ème Etage Marrakech

Certifie que Mlle, Mme, M. **Hamid J. J. J.**

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Ante Manhustemp

valable 3 mois

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)