

☒ **valable 3 mois**

Le **20/06/2022**

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné : **Dr. LOUBI SOUKAÏNA**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **SEDDIKIOU CHERIFA**

Présente **un Diabète et nécessite un traitement à vie**

Nécessitant un traitement d'une durée de : **à vie**

Dont ci-joint ordonnance : **Gancris 50x2/1 - 1 an 1/2**

(à défaut noter le traitement prescrit)

