

☐ valable 3 mois

ML: 5785

Le 18/01/2022

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	
Certifie que Mlle, Mme, M. :	DR. J. SIBAI MORJANE j. GHAMAS CHARBA
Présente	le KTA abry elmy
Nécessitant un traitement d'une durée de :	et adonnac
Dont ci-joint ordonnance :	
(à défaut noter le traitement prescrit)	