

☒ **valable 3 mois**

INPE 091112076

Le 15/06/2023

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : BOUYASSOU Khadija

Présente Diabète + HTA

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 mois

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit) Amaryl 4mg - Galvus 1200/1200 - Glucosyl 6.5g/l