

☒ **valable 3 mois**

Le 07/08/2023

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒**

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

Je soussigné :

Dr EL KHACHOU Ahmed Faud

Certifie que Mlle, Mme, M. :

mussovs Brahim

Présente

une douleur des vertèbres.

Nécessitant un traitement d'une durée de :

longue durée

Dr. A. F. EL KHACHOU  
NEUROLOGUE  
Résidence Les Frel  
59, Bd. Zerktouni

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)