

Le 12.10.23

343

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

A remplir par le praticien	
Je soussigné:	Dr Tagmouti
Certifie que Mlle, Mme, M :	Mohamed
Présente	cordo / etna Hypertension et ischémique en A CFA
Nécessitant un traitement d'une durée de:	XARELTO 11 / Amel 10 / SPECTRAL 20 / Redip
Dont ci-joint l'ordonnance:	
(A défaut noter le traitement prescrit)	

(✓) : Valable 3 mois