

☒ **valable 3 mois**

Le 23/05/2021

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE** ☒

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

AQUERSAFNE OMJA

Présente

Une Maladie de Parkinson

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Au long cours

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

