

☒ **valable 3 mois**

5523

Le 15/06/2021

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

ROKHSIA YOUSSEF

Présente

Poly Arteriel

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Longue durée

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

