

1833



Le/...../.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

A remplir par le praticien	
Je soussigné:	Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD CARDIOLOGUE 11 - Bd Med V. 1 ^{er} Etage Bureau N° 15 BERRECHID Tél: 05 22 22 78 14 - 05 22 22 78 13
Certifie que Mlle, Mme, M.	
Présente	une CVD d'origine inconnue
Nécessitant un traitement d'une durée de:	à vie
Dont ci-joint l'ordonnance:	du 03/12/19
A défaut noter le traitement prescrit).....	

Valable 3 mois

Contacter : 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

