

M/e 00450

Tele : 0672.4679
05

☒ valable 3 mois

Le 09/01/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : ZEGGAWI RAHMA

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de : 6 mois

Sedax 1,5 (7)
CRONSIOL 5 (112)

Dr. TAJAOU ABDERRAHMAN
CHIRIDI OUCHA
Mohammed
288 05 23 77 23 23
05 23 77 23 23

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

