

☒ valable 3 mois

Le 16/07/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M.

R. ZEGGARI Mohamed Mbe 00450

Présente

Caidne pulbre Ischeipe dilaté stérile

Nécessitant un traitement d'une durée de :

20 18 2

pende d'essai 35 2 WTA
Neuville à l'essai et à l'essai A l'essai

Dont ci-joint ordonnance :

ICAR 0150, 240 RIC 200, KARNOGIC 7m

(à défaut noter le traitement prescrit)

CHEL ESTIN 20, INOXIUR 20