

MLE-2957



☐ valable 3 mois

Le 4/2/16/20 22

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

El Hoil Ndureddi

Présente

HTA + Dyslipidie + hyperuricémie

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Mie.

Dont ci-joint ordonnance :

Volcan + HCT + Aspirine + Acetaminophène + Colchicine

(à défaut noter le traitement prescrit)

ICAM