

☐ **valable 3 mois**

Le 23.10.2022

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE <input type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	
Certifie que Mlle, Mme, M. : <u>BOUTANAA Jilale</u>	
Présente <u>H.T.A</u>	
Nécessitant un traitement d'une durée de : <u>trois mois (03 mois)</u>	
Dont ci-joint ordonnance : <u>CO-MEDZAR CO/AR mya</u>	
(à défaut noter le traitement prescrit)	

