

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

BELEIDA Mohammed MLE 1697

Présente

Diasite + TRZ reducteur.

Nécessitant un traitement d'une durée de :

1) Lantus Solostar 30 U/ml 2) Tamoxifène 20 mg/jour 3) Levodopa 125 mg/jour 4) Norstatin 300 mg/jour 5) Amoxiclav 625 mg/jour

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)