

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné :

Dr NAJI

Certifie que Mlle, Mme, M. :

RHAZLANE Azha

Présente

une HTA diastolique

Nécessitant un traitement d'une durée de :

10 médical à vie

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)