

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	
Certifie que Mlle, Mme, M. : <u>Badiaa Nasrallah</u>	
Présente <u>Dépression à l'origine d'une HVE</u>	
Nécessitant un traitement d'une durée de : <u>Trois mois (3 mois)</u>	
<u>Trezenlan / Zepan 6mg / Migralgine / Kardogic 75mg</u> <u>1cp 1j 1cp 1j 1cp 2j 1sel 1j</u> <u>Hytacond 46mg 1cp 2j</u>	
Dont ci-joint ordonnance :	
(à défaut noter le traitement prescrit)	

