

☒ **valable 3 mois**

1042

Le 2 / 11 / 2019

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE** ☒

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

Je soussigné :

**Dr. CHAKIB BRAHIM**  
**Médecine Générale**  
**Avenue Hassan II AOULOZ**  
**CSM: 06 93 16 69 00**

Certifie que Mlle, Mme, M. :

*BRATHY et Meriem*

Présente

*une Maladie Chronique : HTA + DZ*

Nécessitant un traitement d'une durée de :

*stagnat br: 9226*

*IRMI 307: 16*

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)