

☒ **valable 3 mois**

Le 13/11/2019

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒**

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

Je soussigné :

Dr. ASSAFI MOHAMED  
OMNIPRATICIEN  
191, Bd Reda GUDIRA

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

un Diabète insulino dépendant : HTA

Nécessitant un traitement d'une durée de :

longue durée

Dont ci-joint ordonnance :

Insulinaire + Nivolumab + Metformine  
Metformine

(à défaut noter le traitement prescrit)

13/11/19

Dr. ASSAFI MOHAMED  
OMNIPRATICIEN  
191, Bd Reda GUDIRA