


## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	Farahate Youssef
Matricule :	1981
N° CIN :	B 184 908
Adresse :	19 Rue Barcelonne Ali Bay
Bénéficiaire de soins :	<input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité : NEURO
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. :	FARAHATE HOUDA
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
AC anti NUSK ⊕ troubles de déglutition + fatigabilité à l'effort des 04 bras	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	
RITUXIMAB 1g tous les 06 mois Dextinon : 1/2 cp/j	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	le 23/12/2022
Cachet et signature du médecin traitant :	
 Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Pr. Agnès JEHANNE AASFARA Neurologie 091171371	



\* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées