

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : <i>Farakate youssef</i>	
Matricule :	N° CIN : <i>B 184 908</i>
Adresse : <i>19 Rue Barcelone Ali Bay</i>	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité : <i>NEURO</i>
Pr. agrégée JEHANNE AASFARA Neurologie	
N° ICE : <i>091171371</i>	N° INPE : <i>091171371</i>
Certifie que Mlle, Mme, M. : <i>FARAHATE HOUDA</i>	
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 :	
<i>AC ante NUSK + troubles de dégutition + fatigabilité à l'effort des 04 mois</i>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	
<i>RITUXIMAB 1g tous les 6 mois Destinat : 42815</i>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : <i>Casa</i> le <i>23/12/2022</i>	
Cachet et signature du médecin traitant :	
 <i>Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Pr. agrégée JEHANNE AASFARA Neurologie</i>	
 <i>MUPRAS 26 DEC 2022 R ACCUEIL</i>	

*Cette déclaration est renouvelable une fois

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