

**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**

Nom et prénom : **Farahate Gausset**

Matricule : **01981**

N° CIN :

Adresse : **19, rue bencePène Ali bay . Tanger**

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigné : **JEHANNE AL-SEARA** Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

**09111371**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **FAHATE MOUDA**

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

**Myopathie auto-immune à antinukl (+)**

Dont ci-joint ordonnance

Traitement prescrit :

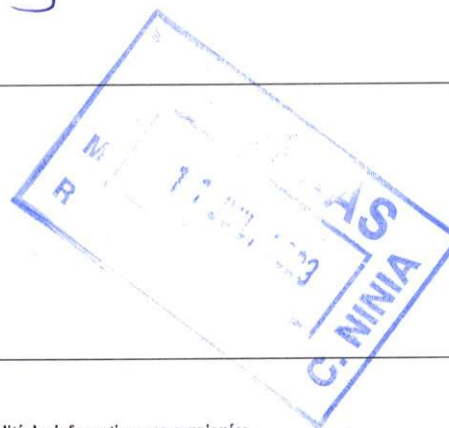
**prednison : 1/2 cp x 21 j**  
**nitrogl : 1 cp x 14 j**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASABLANCA** le **17/06/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

**JEHANNE AL-SEARA**  
Pr. agrégée International Ouejdi Khalil  
Neurologie  
09111371



\* 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