

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom : **Farahate youssef**

Matricule : **01981**

N° CIN :

Adresse : **19 rue bence Pone Ali bay Tanger**

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

NEUROLOGUE

N° ICE :

N° INPE :

091171371

Certifie que Mlle, Mme, M. :

FARAHATE

HAUSA

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois

☐ Entre 3 et 6 mois

☒ A vie

Neston

Rituximab 1g tous les 6 mois

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

**Nyctémie auto-immune à Ac anti
NUSK ⊕**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Neston

Rituximab 1g / 6 mois

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

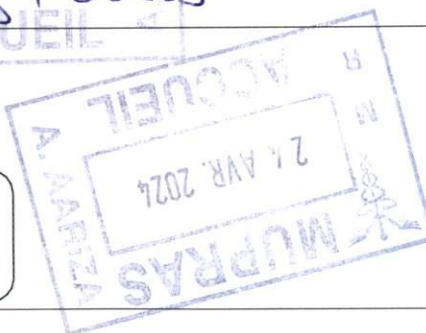
Fait à :

Cas

le **17/04/2024**

Cachet et signature du médecin traitant :

Pr. agréée JEHANNE AASSARA
Neurologue
091171371



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