

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

Nom et prénom : *Fouad Houssef*

Matricule : *01581*

N° CIN :

Adresse : *19, rue bensebane Ali bay Tanger*

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : *Hôpital Universitaire International JEHANNE D'ARC* Spécialité : *NEUROLOGUE*

N° ICE : *09111371* N° INPE : *09111371*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Fouad Houssef* *Houssef*

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

*Neostinor*  
*Rituximab 1g tous les 6 mois*

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

*Myasthénie auto-immune à ACh anti*  
*AChR +.*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrit :



Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Coor* le *17/04/2024*

Cachet et signature du médecin traitant :



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