

4 1981

☒ **valable 3 mois**

Le 04/09/2020

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒**

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

FARAHATE HOUDA

Présente

une Myasthénie généralisée à Ac anti MUSK

Nécessitant un traitement d'une durée de :

03 mois renouvelable

Dont ci-joint ordonnance :

Mechon 1/2cp x 3/d + Colthene 1g/6ms

(à défaut noter le traitement prescrit)

