



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 : 01581

N° CIN : B 184 908

Adresse : 19, rue bâche Fane Ali Beny Tanger

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE : 091171371

Certifie que Mlle, Mme, Mr : FARAHATE HOUDA

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

Mestinor.

RITUXIMAB.

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

Myasthénie auto-immune à AR antimuscarine.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Mestinor 1/2g x 2/j
Rituximab perfusion intraveineuse d'1g.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 01/01/2024

Cachet et signature du médecin traitant :



En application de la loi 03-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées

