

**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 : **B184908**

Adresse : **19, rue bance Pone Ali bey Tanger**

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE : **091171371**

Certifie que Mlle, Mme, M.

**FARAHATE**

**HOUDA**

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois

☐ Entre 3 et 6 mois

☒ A vie

**Mestinon**

**RITHUXIMAB**

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

**Myasthénie auto-immune à AR antimuscl.**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**Mestinon 1/2 g x 2 j**

**Rithuximab perfusion semestrielle d'1 g.**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

**Cas**

le

**01/01/2024**

Cachet et signature du médecin traitant :



En application de la loi 88-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

