

**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 Jaussef

Matricule : 01981

N° CIN : B184 908

Adresse : 19. rue bance l'one AB bay - Tanger

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité : Neuro

N° ICE :

N° INPE : 051171571

Certifie que Mlle, Mme, M. :

FARAHATE HOUDA

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois

☐ Entre 3 et 6 mois

☒ A vie

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

Dystonie à AR sous MUSK®

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

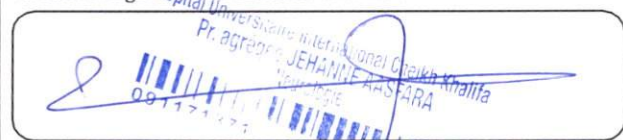
MASTHERA (Rihuximab) 1g / 06 mois (1g tous les 06 mois)  
gestinon 1/2g x 0215 x 0315

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Casa le 05/05/2023

Cachet et signature du médecin traitant :





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