

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

Nom et prénom : *Bentaleb Abdelouahed*

Matricule : *8 244* N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Dr. MUDAFI NAFIA* Spécialité : *Neurologie*

N° ICE : N° INPE : *09 11 78 3 01*

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

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 :

sclérose latérale amyotrophique confirmée à EMG

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : *rydoflex*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *casablanca* le *23/10/2023*

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. MUDAFI NAFIA
Médecin Spécialiste en Neurologie
Tél: 0522 86 86 04 - Gsm: 06 61 71 89 89



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