



**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 : *Bentaleb Abdelouahed*

Matricule : *8 244* N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : *Dr. BIDAFI NAFIA* Spécialité : *Neurologue*

N° ICE : N° INPE : *09 11 78 3 01*

Certifie que Mlle, Mme, 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. BIDAFI NAFIA*  
Médecin Spécialiste en Neurologie  
Tél: 0522 86 86 84 - GAB: 05 21 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.