

**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 : **CHOUTA AHMED**
Matricule : **07087** N° CIN : **B202562**
Adresse : **RESIDENCE AL MANSOUR rue Cadi Bakkar CASA**
Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr. Debbagh Laila** Spécialité : **Généraliste**
N° ICE : **INP : 091044420** N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. : **chouta Ahmed**
Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☒ Entre 3 et 6 mois ☐ A vie
Urticaire - Rhinite allergique

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

**écoulement nasal - Prurit
Eosinophiles augmentés**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Zyrtec cp x 6 mois**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **12/6/23**

Cachet et signature du médecin traitant :

Docteur DEBBAGH LAILA
Médecine générale
Centre Commercial Casa - Immeuble
Route d'El Jadida - Rabat - Casa
Tel : 05 22 98 77 57



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