

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

Nom et prénom : **CHOURA AHMED**
Matricule : **07087** N° CIN : **B 202562**
Adresse : **RESIDENCE AL MANSOUR rue Cadi Bokkar 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. : **choura 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
Éosinophiles augmentées**

Dont ci-joint ordonnance :

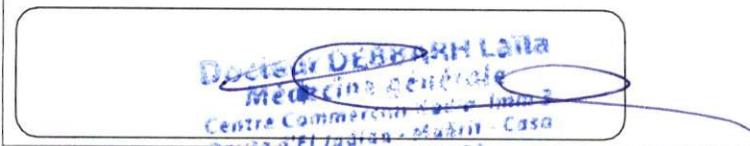
Traitements prescrits :

Zyrtac 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 :



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