

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

 Nom et prénom : **EL IDRISI Azi**

 Matricule : **11457**

 N° CIN : **BE 551625**

Adresse :

 Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

 Je soussigne : **Dr TAZI-DAOUDI Leïla**

 Spécialité : **Allergologue**

N° ICE :

N° INPE :

 Certifie que Mlle, Mme, M. : **INPE: 091215657 NARWANE ELIDRISSI**

 Nécessitant un traitement d'une durée : 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

*Durée de 4 ans + 1 an au plus selon
 l'amélioration clinique.*

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

*Allergie aux asperges avec rhinoconjunctite et
 asthme.*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **STANRAL + TBI symptômes à la demande
 Slectol, anti-histaminique etc**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

 Fait à : **CASABLANCA** le **05/10/2023**

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