

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

Nom et prénom : **EL IDRISSI AZIZ**

Matricule : **11457**

N° CIN : **BE551625**

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **Dr. TAZI-DAOUDI LEILA**

Spécialité : **ALLERGOLOGIE**

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois

☐ Entre 3 et 6 mois

☐ A vie

**Durée de 4 ans ± 1 an en plus selon l'amélioration clinique.**

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

**Allergie aux acariens avec rhinorhée et asthme.**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**STAWORAL ⊕ TBT symptomatique à la demande  
Sérotin, 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 :

**Dr. Leïla TAZI-DAOUDI**  
Allergologue  
Imm. Le Colysée, 30 Bd An Taoulat Bourgoine  
(à proximité de la Clinique Badr) - Casablanca  
Tel 05 22 27 40 11 - Fax 05 22 47 38 72



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