

**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 :

*RATBAOUI EL MAHJOUB*

Matricule :

*10081*

N° CIN :

*8749660*

Adresse :

*SALMIYA 2.*

Bénéficiaire de soins :

☐ Adhérent

☒ Conjoint

☐ Enfant

**Docteur Ahmed LIYIRI**

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

**Médecine Générale**

Spécialité :

*maladie générale*

N° ICE :

*Avenue EL Joulane B Imm.33  
Appt. 3 Salmia Casablanca*

N° INPE :

**091044263**

Certifie que Mlle, Mme, M. :

*MAJAT EL GARAA*

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 :

*asthénie, polyurie, polydipsie  
8/3/2024 GAS = 3,16 g/l, HbA1c = 13,10%*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

*Levofloxac 500 mg, ADO Ig, Jammugo  
(0-0-1)/, (1-0-1)/, (0-1-0)/, (2-0-0)/,*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le / /

Cachet et signature du médecin traitant :

**16 MARS 2024**

**Docteur Ahmed LIYIRI**  
**Médecine Générale**  
**Avenue EL Joulane B Imm.33**  
**Appt. 3 Salmia Casablanca**



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