

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

Nom et prénom : **BAHLoul YAHYA**

Matricule : **9539**

N° CIN :

**BJ91136**

Adresse : **40, Rue NABOUL M'PTA  
Marrif - CASA**

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **Dr CARIOU**

Spécialité : **Endocrinologue**

N° ICE :

N° INPE : **091 039 412**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **BAHLoul Yahya**

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 :**

**DNI - HTA - HchoL**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **4 jour**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa 10/05/2022**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. CARIOU - BELQADI Joelle  
**ENDOCRINOLOGUE**  
 100, Bd. Bir Anzarane  
 Marrif - CASABLANCA



\*Cette déclaration est renouvelable une fois

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