

**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 : **HAKANI Abdelhadi**  
Matricule : **7121** N° CIN : **B473492**  
Adresse : **FNIDEQ**  
Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **Dr. Mehdi BENJELLOUN** Spécialité : **CARDIOLOGUE**  
N° ICE : **091170670** N° INPE : **091170670**  
Certifie que Mlle, Mme, M. **HAKANI Abdelhadi**  
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 :

**HDA**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Cosentyx**  
**Initiale**  
**Abdelhadi**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASA** le **07/05/2024**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr. Mehdi BENJELLOUN**  
**CARDIOLOGUE**  
Rue 2 N°61 - 1er Etage BP Chahdia - El Oulfa  
Tel : 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14  
INPE : 91170670

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