

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

Nom et prénom :

**HAKANI Abdelhadi**

Matricule :

**7121**

N° CIN :

**B473492**

Adresse :

**HAY BAB SEBTA ALLIANCE DARNAILLOTSSIMMA 3 ETAGE  
APPART 17 FNIDEQ**

Bénéficiaire de soins :

☒ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

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

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

**051170670**

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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 :

**HTA sévère sans CT.**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**CONVERTIL  
BNHAC**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

**CASA**

le

**01/11/2022**

Cachet et signature du médecin traitant :

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



\* Cette déclaration est renouvelable une fois

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

