

MLE-1839

VITROS
LABORATOIRE

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE
VALABLE UN AN

Catégorie : ☐ Personne
Famille : ☐ 10
Pays : ☐ MAROC

Partie réservée à l'adhérent (à compléter si applicable)

Nom et prénom : **TAOUZI - AHMED**
Matricule : **1839**
Adresse : **12, RUE BEN HATTAM - TANGER**
N° CIR : **K. 100**
Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Exclut

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigné : **Dr. A. Kheireddine** Spécialité : **Ophtalmologie**
N° ICE : **001613813000001** N° INPE : **AB1085386**
Certifie que Mlle, Mme, M. :
Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ > 6 mois
Présent - bon de coller

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et le traitement :
Hypertonie oculaire à vie

Dont ci-joint ordonnance :
Traitement prescrit : **Monoprost**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables
Fait à : **Ag** le **06/03/2024**
Cachet et signature du médecin traitant :
Dr. KHEIREDDINE A.
OPHTALMOLOGISTE
27, Bd. Mohamed V - Tanger
0549 321212