

**NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT**1) Nom et prénom du malade : Adghazi Dafil2) Date de la Consultation : 22/08/20233) Renseignements Clinique Sommaire :  
Mverte unilatérale  
Impression OD4) Traitement envisagé et actes correspondant à la cotation indiquée sur  
le bulletin d'information ou à la demande d'entente préalable (si  
possible, nombre des actes en série) :  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....5) Durée prévisible du traitement  
.....  
.....  
.....  
.....

Rabat, le .....

Dr. Dr. BERBICH Omar  
Maladies et Surie des Yeux  
21, A21, AV. Allal Ben Abdellah - Rabat  
Tél : 063 05 37 911 911 05 37 06 40  
INP/NPE : 101030815