

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.  
Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.  
La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.  
L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.  
En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.  
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.  
Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Éducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.  
Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.  
La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.  
La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° M21- 064346

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00774 Société : 90904  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BENYAHIA ABDELRAHMAN  
Date de naissance : 1949  
Adresse : H. Lot FLORIDA - Sidi MAAJOUSS  
Tél : 066520756 Total des frais engagés : 1000,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin


Docteur Mohamed BENNANI  
Ophtalmologiste  
54, Bd. Rachidi - Casablanca  
Tél : 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22  
Cachet du médecin :  
Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : BENYAHIA ABDELRAHMAN Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 05 / 11 / 2021  
Signature de l'adhérent(e) :



[illegible]

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01/11/21	Gx		900	 Mohamed BENNANI Médecin Généraliste

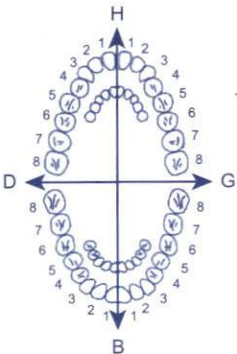
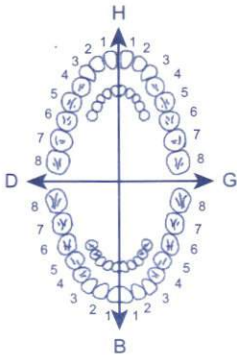
[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>														
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>													
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>													
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>  DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

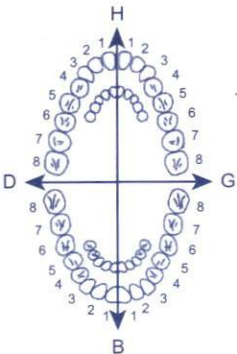
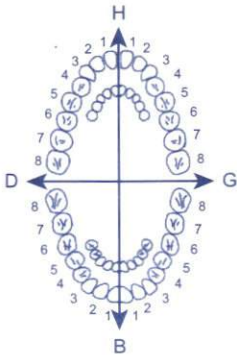
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> <b>H</b>                      25533412                      00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center; border-top: 1px solid black;"> <b>H</b>                      21433552                      00000000  <b>G</b> </div> <div style="text-align: right;"> <b>B</b>                      00000000                      35533411                      11433553                 </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
					DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>
					DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

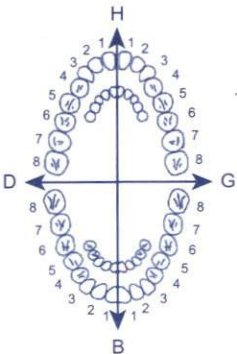
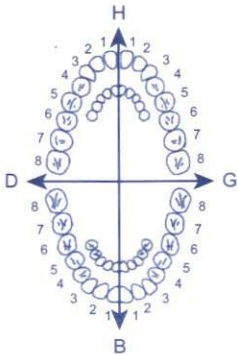
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>														
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>													
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>													
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

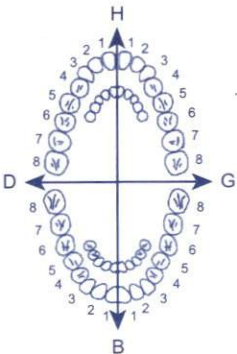
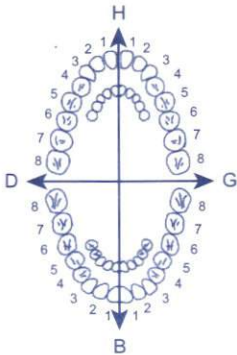
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

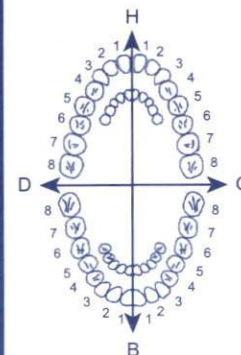
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>														
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>													
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>													
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
<p>Diagram of a human dental arch showing teeth numbered 1 to 8 from the center (H) to the sides (D and G) and from the top (H) to the bottom (B).</p>					COEFFICIENT DES TRAVAUX		
						MONTANTS DES SOINS	
						DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION			

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
<p>Diagram of a human dental arch showing teeth numbered 1 to 8 from the center (H) to the sides (D and G) and from the top (H) to the bottom (B).</p>					COEFFICIENT DES TRAVAUX		
						MONTANTS DES SOINS	
						DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION			



SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
<p>Diagram of a human dental arch showing teeth numbered 1 to 8 from the center (H) to the sides (D and G) and from the top (H) to the bottom (B).</p>					COEFFICIENT DES TRAVAUX		
						MONTANTS DES SOINS	
						DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION			

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
<p>Diagram of a human dental arch showing teeth numbered 1 to 8 from the center (H) to the sides (D and G) and from the top (H) to the bottom (B).</p>					COEFFICIENT DES TRAVAUX		
						MONTANTS DES SOINS	
						DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION			

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
<p>Diagram of a human dental arch showing teeth numbered 1 to 8 from the center (H) to the sides (D and G) and from the top (H) to the bottom (B).</p>					COEFFICIENT DES TRAVAUX		
						MONTANTS DES SOINS	
						DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION			

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
<p>Diagram of a human dental arch showing teeth numbered 1 to 8 from the center (H) to the sides (D and G) and from the top (H) to the bottom (B).</p>					COEFFICIENT DES TRAVAUX		
						MONTANTS DES SOINS	
						DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION			

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000            00000000            11433553  <b>G</b> </div> </div>		<input type="text"/>	
		<b>B</b>		<input type="text"/>	
		<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<input type="text"/>	
		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000            00000000            11433553  <b>G</b> </div> </div>		<input type="text"/>	
		<b>B</b>		<input type="text"/>	
		<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<input type="text"/>	
		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000            00000000            11433553  <b>G</b> </div> </div>		<input type="text"/>	
		<b>B</b>		<input type="text"/>	
		<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<input type="text"/>	
		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000            00000000            11433553  <b>G</b> </div> </div>		<input type="text"/>	
		<b>B</b>		<input type="text"/>	
		<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<input type="text"/>	
		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000            00000000            11433553  <b>G</b> </div> </div>		<input type="text"/>	
		<b>B</b>		<input type="text"/>	
		<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<input type="text"/>	
		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000            00000000            11433553  <b>G</b> </div> </div>		<input type="text"/>	
		<b>B</b>		<input type="text"/>	
		<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<input type="text"/>	
		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000            00000000            11433553  <b>G</b> </div> </div>		<input type="text"/>	
		<b>B</b>		<input type="text"/>	
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<input type="text"/>	
		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
				DATE DU DEVIS	
				<input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION	
				<input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Mohamed BENNANI**

*Ophthalmologiste*

**Chirurgie vitréo - rétinienne**

Ancien résident du Collège de Médecine  
des Hôpitaux de Paris

الدكتور محمد بناني

طب العيون

أمراض وجراحة الشبكة

داخلي سابقا بمستشفيات باريس

CASABLANCA, Le 01/11/2021

HONORAIRES :

Mr. BENYAHIA Abderrafie

Acte : OCT : K80 . (Tomographie par cohérence optique)

Montant : 1000.00 Dhs (MILLE DHS) .

*Docteur Mohamed BENNANI*

*Ophthalmologiste*

54, Bd. Rachidi - Casablanca

Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22

**Docteur Mohamed BENNANI**

Ophtalmologiste

**Chirurgie vitréo - rétinienne**

Ancien résident du Collège de Médecine  
des Hôpitaux de Paris

الدكتور محمد بناني

طب العيون

أمراض وجراحة الشبكة

داخلي سابقا بمستشفيات باريس

CASABLANCA, le 01/11/2021

**COMPTE RENDU OCT**

**OCT DU lundi 01 novembre 2021**

**Mr. BENYAHIA Abderrafie**

**Contexte :**

DMLA.

**OCT oeil droit :**

Epaississement d'aspect fibrosé de l'épithélium pigmentaire avec quelques tubulations intrarétiniennes en regard

**OCT oeil gauche :**

Bonne dépression fovéolaire. Quelques micro drusens.

Epaisseur centrale : 280 $\mu$

Sur l'OCTA, absence de lacis néovasculaire

Docteur Mohamed BENNANI  
Ophtalmologiste  
54, Bd. Rachidi - Casablanca  
Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22



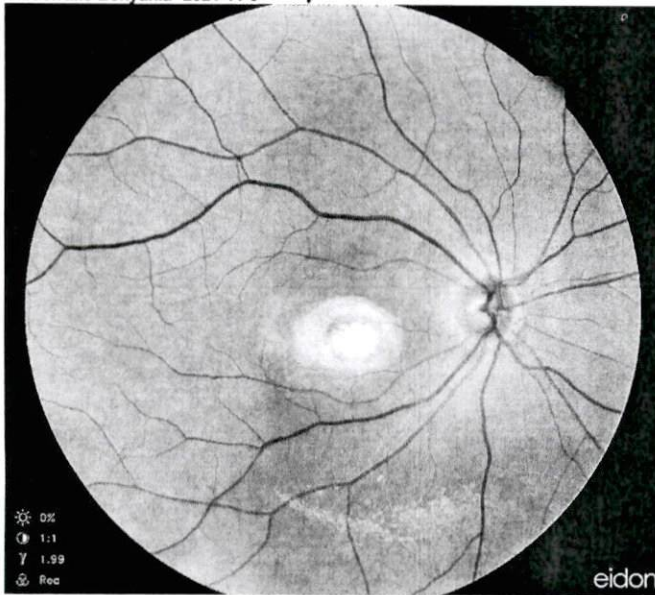
Patient: BENYAHIA, ABDERRAFIE  
Patient ID: ---

DOB: 01/janv./1949  
Exam.: 01/nov./2021

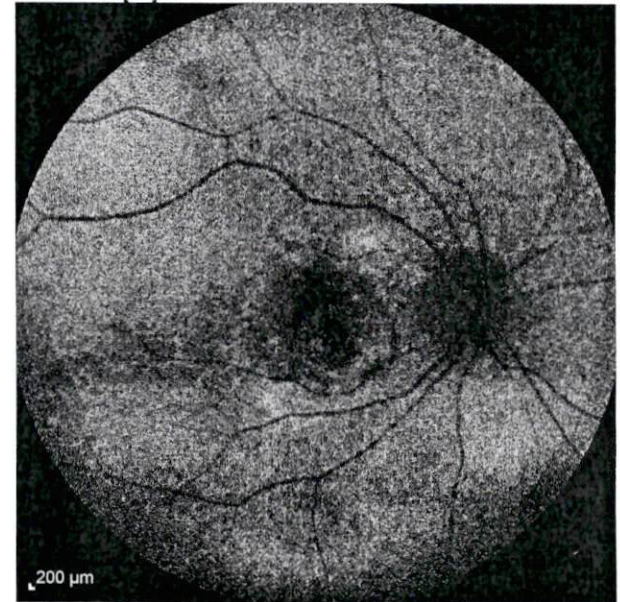
Sex: M

OD

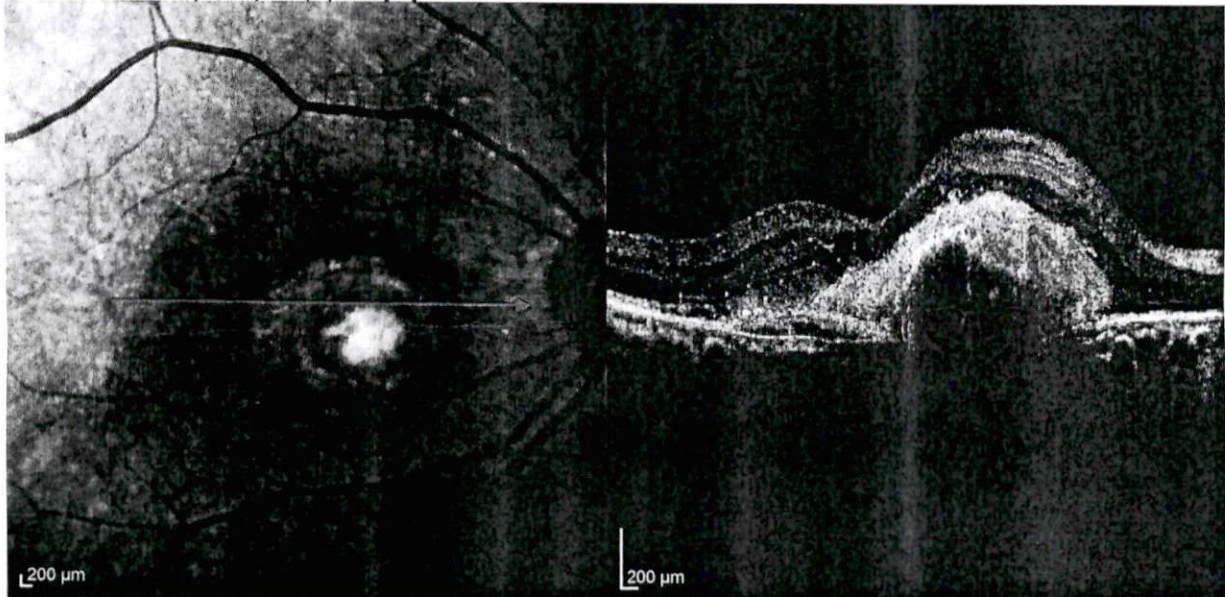
Abderrafie-Benyahia--2021-11-0



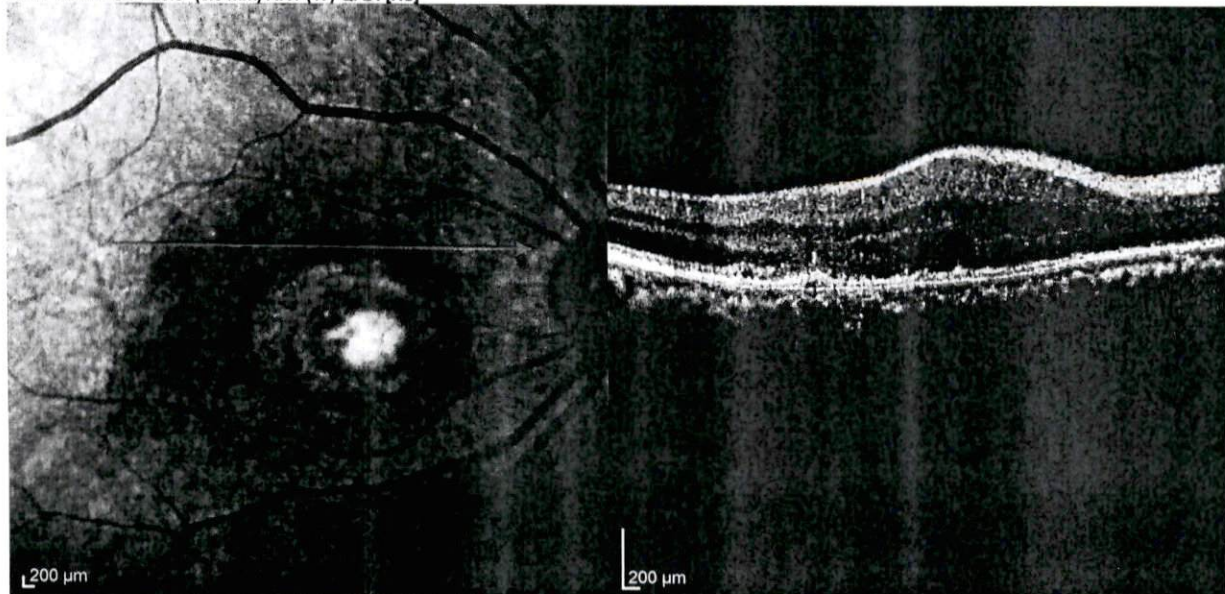
BAF 55° ART [HR]



IR 30° ART + OCT 20.8° (6.0 mm) ART (15) Q: 23 [HS]



IR 30° ART + OCT 20.8° (6.0 mm) ART (17) Q: 24 [HS]





Patient: BENYAHIA, ABDERRAFIE  
Patient ID: ---

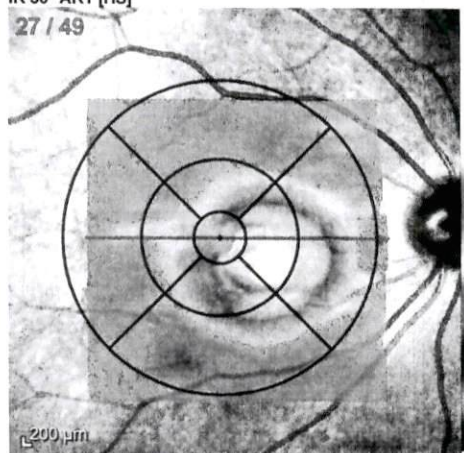
DOB: 01/janv./1949

Sex: M

OD

Baseline 09/mars/2021

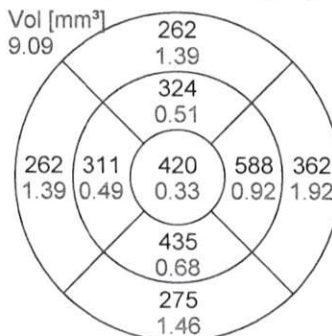
IR 30° ART [HS]  
27 / 49



Retina Thickness [μm]  
800  
700  
600  
500  
400  
300  
200  
100  
0

Average Thickness [μm]

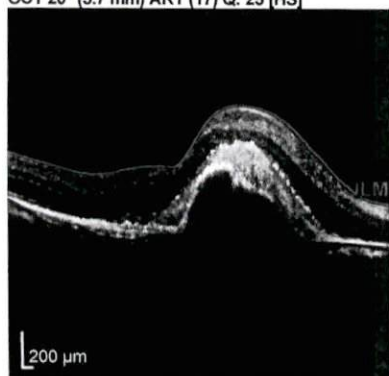
Vol [mm³]  
9.09



Center: 360 μm  
Central Min: 321 μm  
Central Max: 622 μm

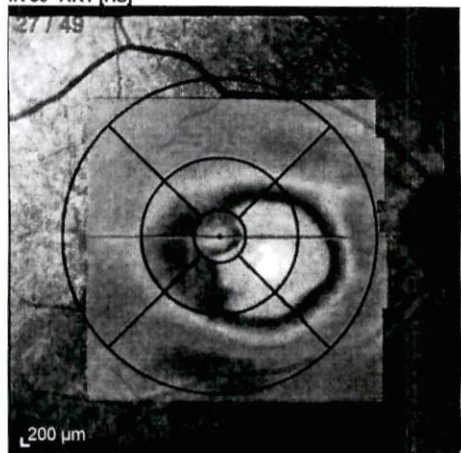
Circle Diameters:  
1, 3, 6 mm ETDRS

OCT 20° (5.7 mm) ART (17) Q: 25 [HS]



Follow-Up #1 01/nov./2021

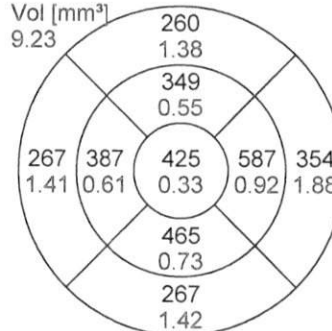
IR 30° ART [HS]  
27 / 49



Retina Thickness [μm]  
800  
700  
600  
500  
400  
300  
200  
100  
0

Average Thickness [μm]

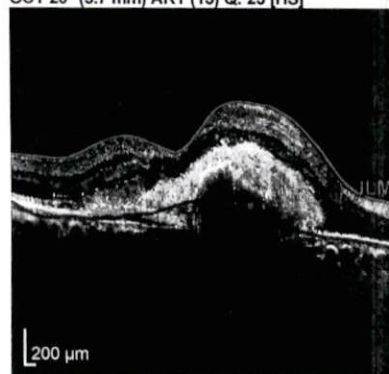
Vol [mm³]  
9.23



Center: 320 μm  
Central Min: 317 μm  
Central Max: 604 μm

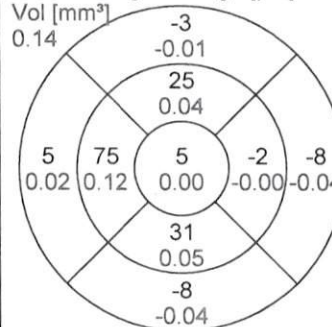
Circle Diameters:  
1, 3, 6 mm ETDRS

OCT 20° (5.7 mm) ART (15) Q: 23 [HS]

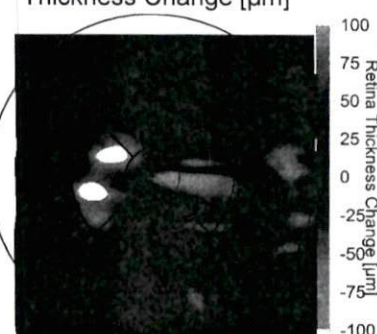


Average Change [μm]

Vol [mm³]  
0.14



Thickness Change [μm]





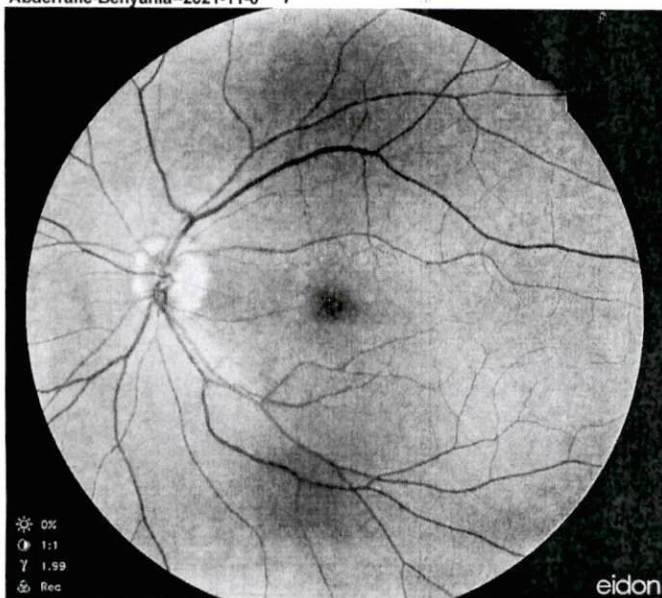
Patient: BENYAHIA, ABDERRAFIE  
Patient ID: ---

DOB: 01/janv./1949  
Exam.: 01/nov./2021

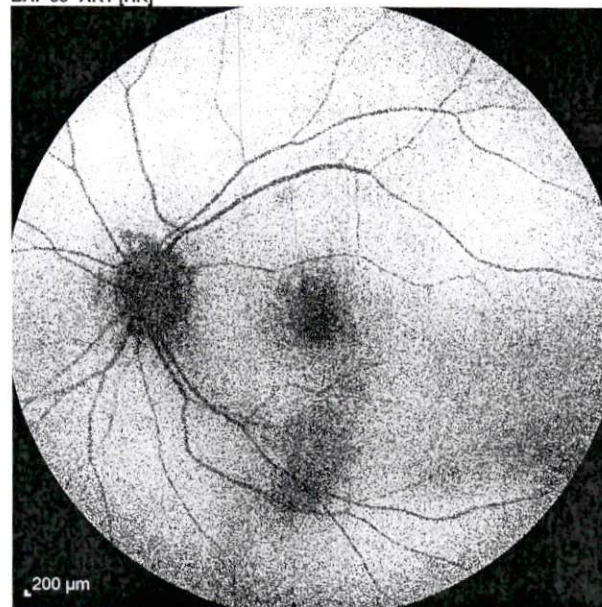
Sex: M

OS

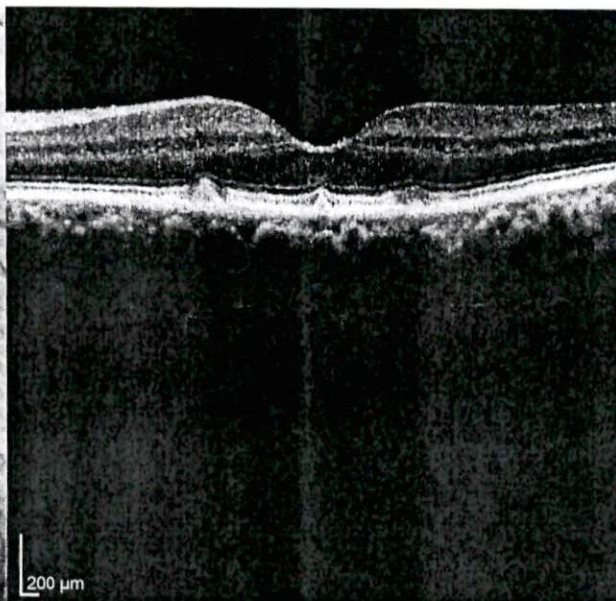
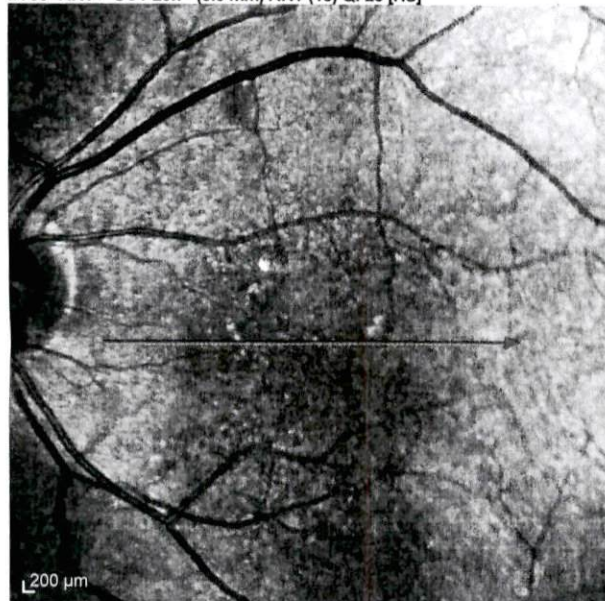
Abderrafie-Benyahia--2021-11-0



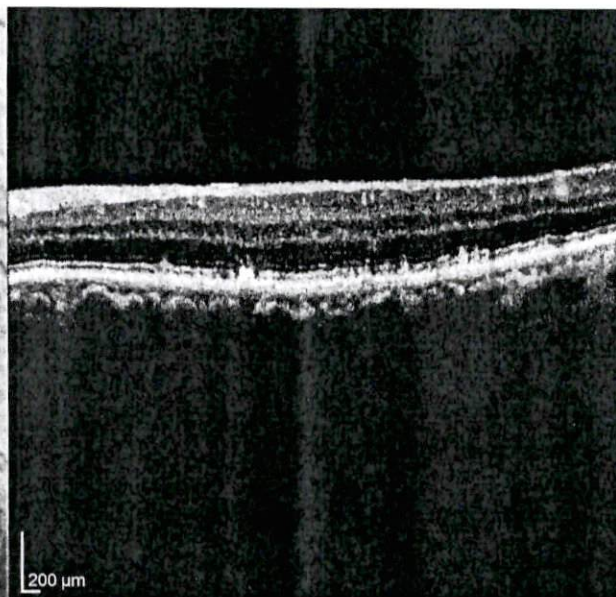
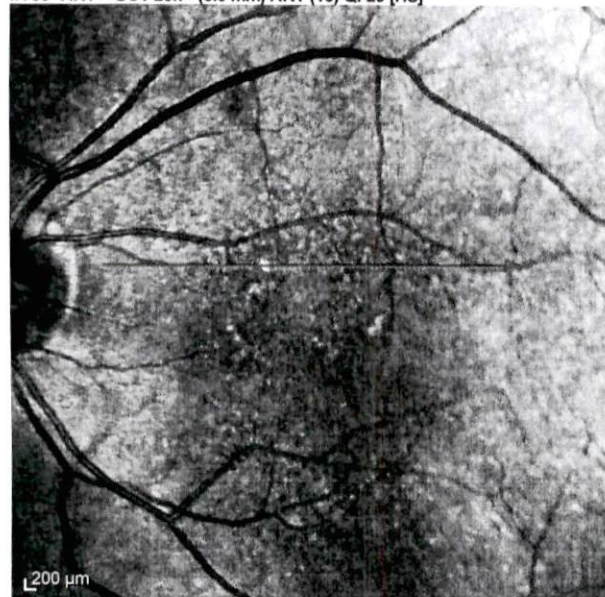
BAF 55° ART [HR]



IR 30° ART + OCT 20.7° (6.0 mm) ART (18) Q: 28 [HS]



IR 30° ART + OCT 20.7° (6.0 mm) ART (16) Q: 29 [HS]





Patient: BENYAHIA, ABDERRAFIE  
Patient ID: ---

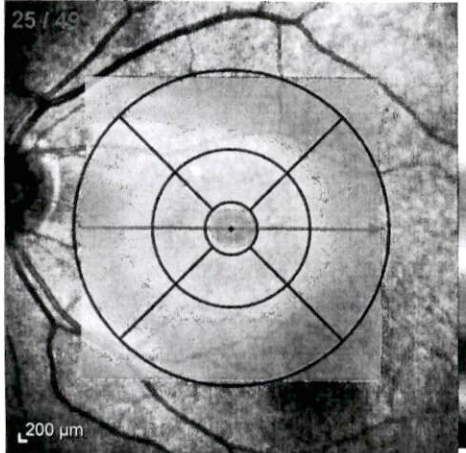
DOB: 01/janv./1949

Sex: M

OS

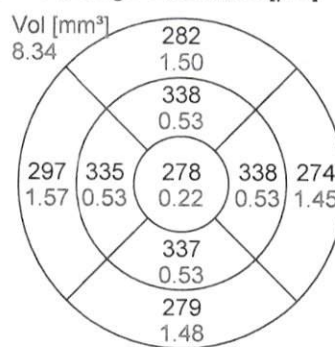
Baseline 09/mars/2021

IR 30° ART [HS]



Retina Thickness [μm]  
800  
700  
600  
500  
400  
300  
200  
100  
0

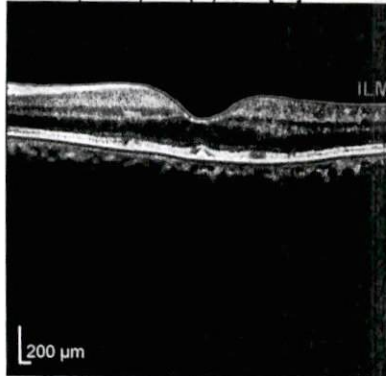
Average Thickness [μm]



Center: 220 μm  
Central Min: 220 μm  
Central Max: 329 μm

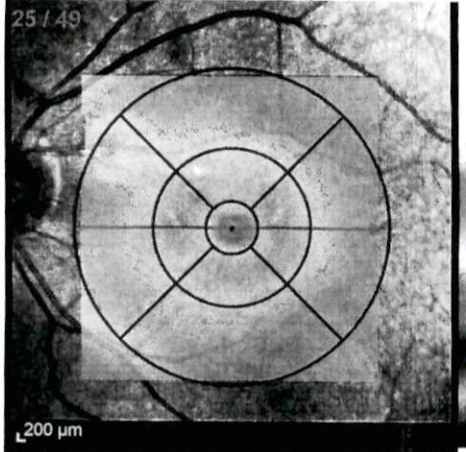
Circle Diameters:  
1, 3, 6 mm ETDRS

OCT 20° (5.7 mm) ART (16) Q: 27 [HS]



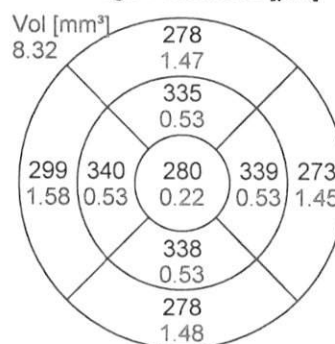
Follow-Up #1 01/nov./2021

IR 30° ART [HS]



Retina Thickness [μm]  
800  
700  
600  
500  
400  
300  
200  
100  
0

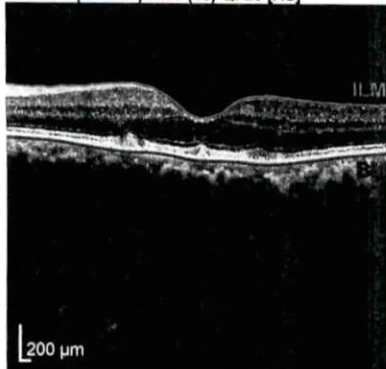
Average Thickness [μm]



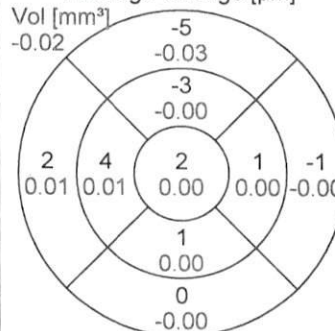
Center: 225 μm  
Central Min: 224 μm  
Central Max: 334 μm

Circle Diameters:  
1, 3, 6 mm ETDRS

OCT 20° (5.7 mm) ART (18) Q: 28 [HS]



Average Change [μm]



Thickness Change [μm]

