

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Prescription :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Analyses 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.

Prothèses :

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.

Accompagnement :

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- 081620

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07057 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre :

Nom & Prénom : AGUERNI NAIMA

Date de naissance : 09/01/1965

Adresse : Bel Roustani Residence Nadin

I m F apt 11 Casablanca

Tél. : 0661 462672 Total des frais engagés : 2736 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : 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 :

Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE
HOSPITALISATION EN HOPITAL
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
REVENTORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

actes répétés en plusieurs séances ou actes

obaux comportant un ou plusieurs échelonnées

ns le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83
FAX / 05 22 91 26 52
TELEX / 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS MU 012550

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : AGUERNA NAIMA
Matricule : 7057 Fonction : DEPART Poste :
Adresse : Bd Rodani Residence NADIA IMF
Tél. : 066146677 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : AGUERNA NAIMA Age : [] [] [] [] [] []
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☒
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : AMITROPIE
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :
A : CHS le 12/12/2021 Signature et cachet du médecin : [Signature]
Durée d'utilisation 3 mois

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
16.12	3		300.00	
20.11				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/12/2021	436,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16.12.2021	B.L.P.W.	2000.00

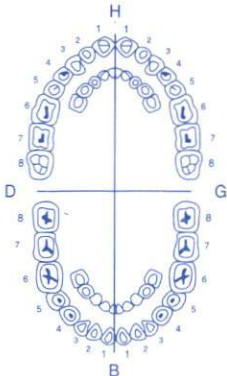
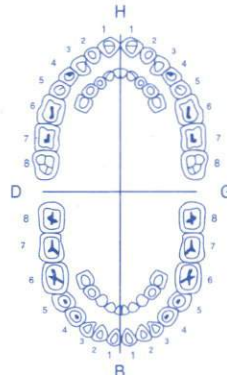
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canala ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
					Coefficient DES TRAVAUX											
					MONTANT DES SOINS											
					DEBUT D'EXECUTION											
					FIN D'EXECUTION											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

17-12-2021

Casablanca, le

في البيضاء

Mademoiselle AOUANI Chamsi

- TOBRADEX COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour pendant 1 semaine

1 goutte 2 fois par jour pendant 1 semaine

- HY FRESH COLLYRE

1 goutte toutes les heures pendant 48 heures

1 goutte toutes les deux heures, pendant 3 mois

- DOLIPRANE COMPRIMES

1 comprimé le soir

RECOMMANDATION:

Ne pas se frotter les yeux.

Ne pas mettre la tête sous l' eau pendant une semaine.

[illegible]

എട് ഒന്ന്

2mg/ml
Hyaluronate de Sodium

HyFresh

Chaque 1 ml contient :
Hydrate de Sodium.....2 mg
Excipients q.s.p.....1 mL
Pour usage oculaire.
Conserver à 15 - 25°C.
Ne pas laisser à la portée des enfants.
Laisser 30 jours après ouverture.
Un produit fabriqué par
Mormon Pharmaceuticals Co.,
Meddah, Arable Saoudite



مستحق؟



ଆଣ୍ଡି ଟିଆଁ



exp. 0 3 2 4





ب
Jamjoom Pharma
10 ml

لتر 25 - 15 - 10 - 5 - 2 - 1
 1. كل 1 مل يحتوي على:
 2. كل 1 مل يحتوي على:
 3. كل 1 مل يحتوي على:
 4. كل 1 مل يحتوي على:
 5. كل 1 مل يحتوي على:
 6. كل 1 مل يحتوي على:
 7. كل 1 مل يحتوي على:
 8. كل 1 مل يحتوي على:
 9. كل 1 مل يحتوي على:
 10. كل 1 مل يحتوي على:

OptiPharma
HyFresh
2mg/ml
Hyaluronate de Sodium

ب
Jamjoom Pharma
10 ml

لتر 25 - 15 - 10 - 5 - 2 - 1
 1. كل 1 مل يحتوي على:
 2. كل 1 مل يحتوي على:
 3. كل 1 مل يحتوي على:
 4. كل 1 مل يحتوي على:
 5. كل 1 مل يحتوي على:
 6. كل 1 مل يحتوي على:
 7. كل 1 مل يحتوي على:
 8. كل 1 مل يحتوي على:
 9. كل 1 مل يحتوي على:
 10. كل 1 مل يحتوي على:

OptiPharma
HyFresh
2mg/ml
Hyaluronate de Sodium

ب
Jamjoom Pharma
10 ml

لتر 25 - 15 - 10 - 5 - 2 - 1
 1. كل 1 مل يحتوي على:
 2. كل 1 مل يحتوي على:
 3. كل 1 مل يحتوي على:
 4. كل 1 مل يحتوي على:
 5. كل 1 مل يحتوي على:
 6. كل 1 مل يحتوي على:
 7. كل 1 مل يحتوي على:
 8. كل 1 مل يحتوي على:
 9. كل 1 مل يحتوي على:
 10. كل 1 مل يحتوي على:

OptiPharma
HyFresh
2mg/ml
Hyaluronate de Sodium

ب
Jamjoom Pharma
10 ml

لتر 25 - 15 - 10 - 5 - 2 - 1
 1. كل 1 مل يحتوي على:
 2. كل 1 مل يحتوي على:
 3. كل 1 مل يحتوي على:
 4. كل 1 مل يحتوي على:
 5. كل 1 مل يحتوي على:
 6. كل 1 مل يحتوي على:
 7. كل 1 مل يحتوي على:
 8. كل 1 مل يحتوي على:
 9. كل 1 مل يحتوي على:
 10. كل 1 مل يحتوي على:

OptiPharma
HyFresh
2mg/ml
Hyaluronate de Sodium

Lot: 100078
 Fab: 03 21
 Exp: 03 24
 PPC: 130 DH 00





ب
Jamjoom Pharma
10 ml

لتر 25 - 15 - 10 - 5 - 2 - 1
 1. كل 1 مل يحتوي على:
 2. كل 1 مل يحتوي على:
 3. كل 1 مل يحتوي على:
 4. كل 1 مل يحتوي على:
 5. كل 1 مل يحتوي على:
 6. كل 1 مل يحتوي على:
 7. كل 1 مل يحتوي على:
 8. كل 1 مل يحتوي على:
 9. كل 1 مل يحتوي على:
 10. كل 1 مل يحتوي على:

OptiPharma
HyFresh
2mg/ml
Hyaluronate de Sodium

ب
Jamjoom Pharma
10 ml

لتر 25 - 15 - 10 - 5 - 2 - 1
 1. كل 1 مل يحتوي على:
 2. كل 1 مل يحتوي على:
 3. كل 1 مل يحتوي على:
 4. كل 1 مل يحتوي على:
 5. كل 1 مل يحتوي على:
 6. كل 1 مل يحتوي على:
 7. كل 1 مل يحتوي على:
 8. كل 1 مل يحتوي على:
 9. كل 1 مل يحتوي على:
 10. كل 1 مل يحتوي على:

OptiPharma
HyFresh
2mg/ml
Hyaluronate de Sodium

ب
Jamjoom Pharma
10 ml

لتر 25 - 15 - 10 - 5 - 2 - 1
 1. كل 1 مل يحتوي على:
 2. كل 1 مل يحتوي على:
 3. كل 1 مل يحتوي على:
 4. كل 1 مل يحتوي على:
 5. كل 1 مل يحتوي على:
 6. كل 1 مل يحتوي على:
 7. كل 1 مل يحتوي على:
 8. كل 1 مل يحتوي على:
 9. كل 1 مل يحتوي على:
 10. كل 1 مل يحتوي على:

OptiPharma
HyFresh
2mg/ml
Hyaluronate de Sodium

ب
Jamjoom Pharma
10 ml

لتر 25 - 15 - 10 - 5 - 2 - 1
 1. كل 1 مل يحتوي على:
 2. كل 1 مل يحتوي على:
 3. كل 1 مل يحتوي على:
 4. كل 1 مل يحتوي على:
 5. كل 1 مل يحتوي على:
 6. كل 1 مل يحتوي على:
 7. كل 1 مل يحتوي على:
 8. كل 1 مل يحتوي على:
 9. كل 1 مل يحتوي على:
 10. كل 1 مل يحتوي على:

OptiPharma
HyFresh
2mg/ml
Hyaluronate de Sodium

Lot: 100078
 Fab: 03 21
 Exp: 03 24
 PPC: 130 DH 00



1

DR BADAOUI ABDELLATIF

Ophthalmologiste spécialiste de la chirurgie de la cataracte et de la correction visuelle au laser des myopies, astigmatismes, hypermétropies et presbytie

Diplômé de la faculté de médecine de Montpellier
Ex-attaché de l'hôpital des quinze-vingt à Paris

الدكتور بدوي عبد اللطيف

اختصاصي في جراحة العيون المياه البيضاء
و تصحيح البصر بالليزر عن بعد أو عن قرب

خريج كلية مونبولي بفرنسا
ملحق سابق بمستشفى فان - كانز بباريس

Casablanca, le في البيضاء

16/12/2021

Mademoiselle AOUANI Chamsi

- ABEROMETRIE
- TOPOGRAPHIE
- ELEVATION PENTACAM

CASABLANCA LASER VISION
CLINIQUE VAL D'AM
19, Bd Rachidi - Casablanca
Tél: 05 22 20 92 43 - 05 22 22 12 96
Fax: 05 22 24 61 68

L.A. 12.12.21

Signature

Dr. BADAOUI Abdellatif
OPHTALMOLOGISTE
27, Rue Ferhat Hachad
Tel.: 05 22 26 61 68



Consultations : Tél.: 0522 26 61 68 / 0522 43 02 71 / 0680 21 70 90 - N° 27 Rue Ferhat Hachad
(perpendiculaire Bd. du 11 janvier). Casablanca.

Urgences : Tél.: 0522 20 92 43 / 0522 22 12 96 - Clinique Rachidi, 43 Bd. Rachidi, Casablanca.

E-mail : ophta.badaoui@gmail.com - www.dr badaoui abdellatif.com - www.casablancalaser vision.com

DOCTEUR BADAOUI ABDELTIF
Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Casablanca, le 16-12-2021

ME : AOUNI CHAMSI

FACTURE N° 203// 2021

DATE FACTURE	LIBELLE	MONTANT
16-12-2021	BILAN	2000.00
TOTAL		2000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
Deux Mille dirhams

Dr. BADAOUI Abdelatif
OPHTALMOLOGISTE
27, Rue Ferhat Hachad
Tél. 05 22 26 61 68 - Casa

27, Rue Ferhat Hachad – 1^{er} Etage – CASABLANCA – Tél. 0522 26 61 68 // 0522 43 02 71
Mobile Cabinet 0680217090
IF 41701959 //PATENTE: 34101959 // C.N.S.S : 2289868 // ICE : 002102200000053
E-mail : ophta.badaoui@gmail.com

Time of Measurement: 12/16/2021 1:54:22 PM



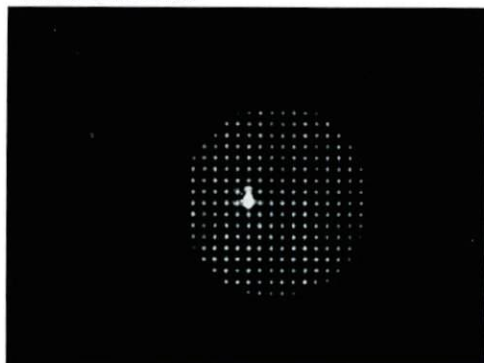
OD

Name: Aouani, Chamsi

Patient ID: AO961587

Pupil Diameter: 3.69 mm

Wavefront Sensor

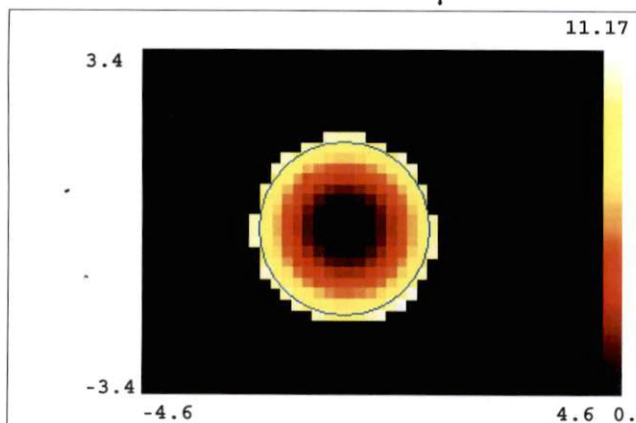


Seidel	Sphere	Cylinder	Axis
	+7.08	-0.25	x 23°
Chroma: 555	Corneal Plane		

Zernike Polynomials	
Zernike Term	Value
analysis diameter	3.69 mm
Z(2,-2)	0.15 μm
Z(2,0)	5.496 μm
Z(2,2)	-0.146 μm
Z(3,-3)	0.023 μm
Z(3,-1)	0.007 μm
Z(3,1)	0.027 μm
Z(3,3)	0.044 μm
Z(4,-4)	-0.027 μm
Z(4,-2)	-0.042 μm
Z(4,0)	-0.137 μm
Z(4,2)	0.061 μm
Z(4,4)	-0.100 μm

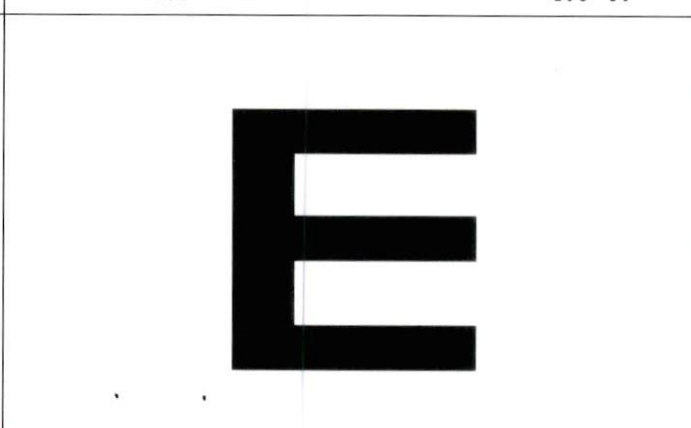
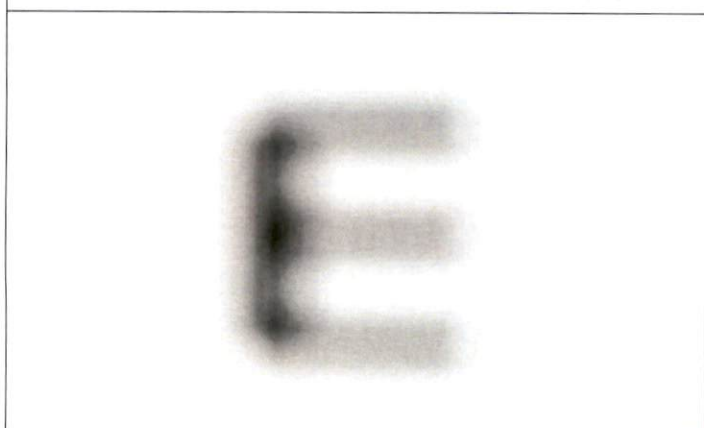
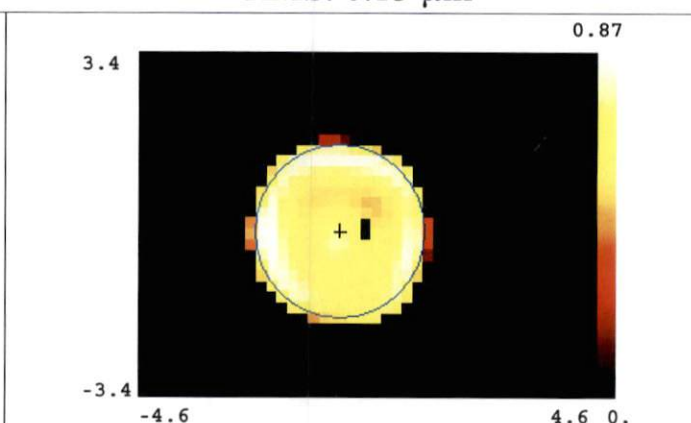
Total Aberrations

RMS: 3.13 μm



High Order Aberrations

RMS: 0.13 μm





Time of Measurement: 12/16/2021 1:53:53 PM

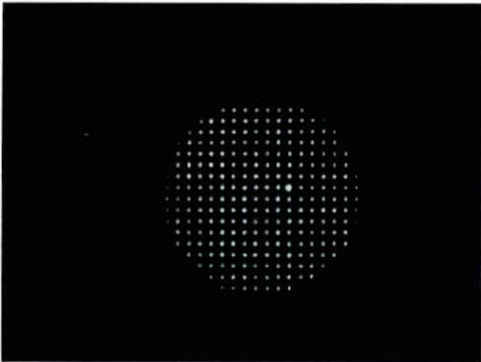
OS

Name: Aouani, Chamsi

Patient ID: AO961587

Pupil Diameter: 3.82 mm

Wavefront Sensor

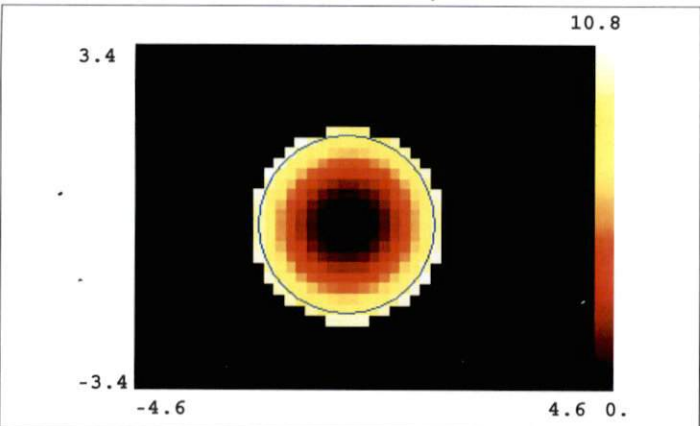


Seidel	Sphere	Cylinder	Axis
	+6.95	-0.47	x 155°
Chromatic SFS			Corneal Plane

Zernike Polynomials	
Zernike Term	Value
analysis diameter	3.82 mm
Z(2,-2)	-0.328 μm
Z(2,0)	5.449 μm
Z(2,2)	-0.273 μm
Z(3,-3)	-0.059 μm
Z(3,-1)	-0.120 μm
Z(3,1)	-0.022 μm
Z(3,3)	-0.119 μm
Z(4,-4)	-0.093 μm
Z(4,-2)	-0.035 μm
Z(4,0)	-0.229 μm
Z(4,2)	-0.214 μm
Z(4,4)	-0.187 μm

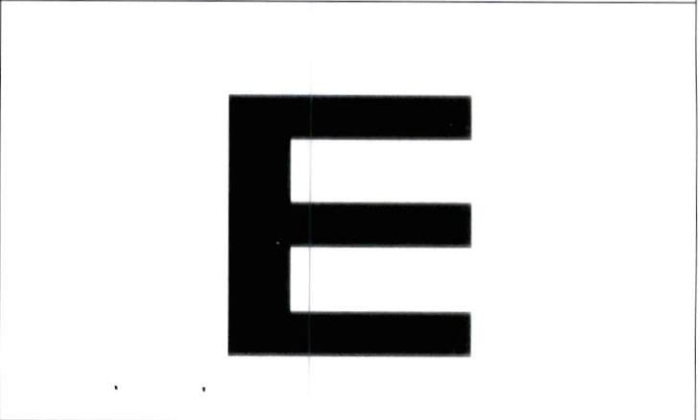
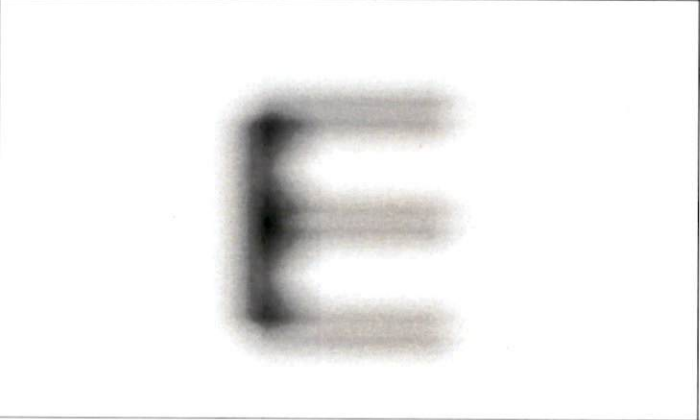
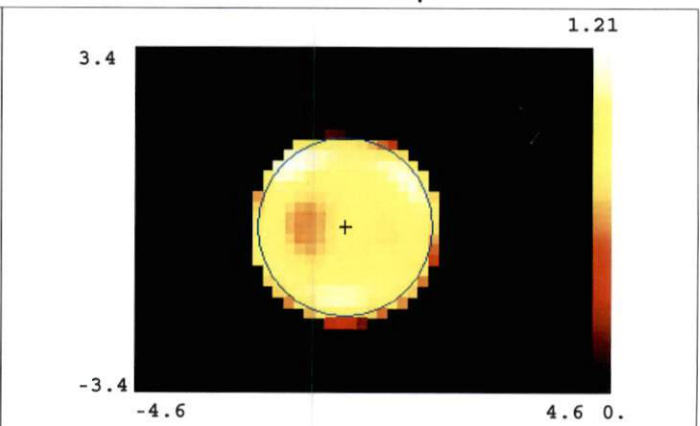
Total Aberrations

RMS: 3.15 μm



High Order Aberrations

RMS: 0.17 μm



OCULUS - PENTACAM 4 cartes réfractives

1.22.09

Nom:
 Prénom:
 N° ID:
 Né(e) le: Oeil:
 Examen du: Heure:
 Info. exam.:

Cornée - Face ant.

Rh: K1:
 Rv: K2:
 Rm: Km:
 QS: Axe: Astig:
 Q: Rpér: Rmin:

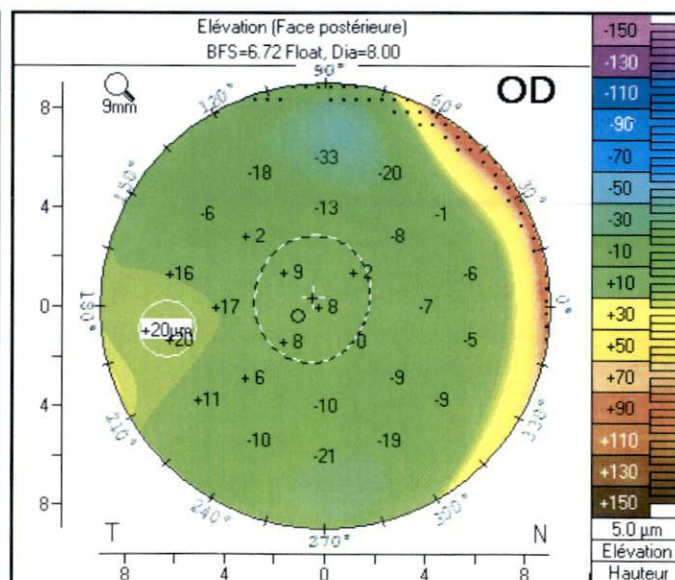
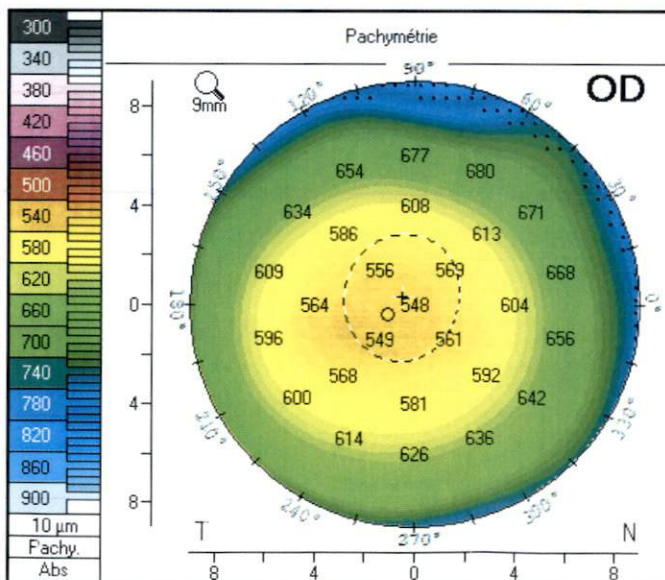
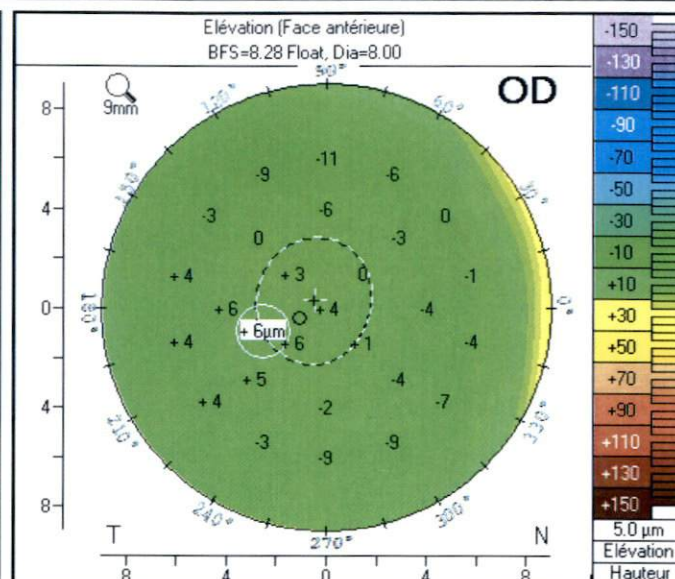
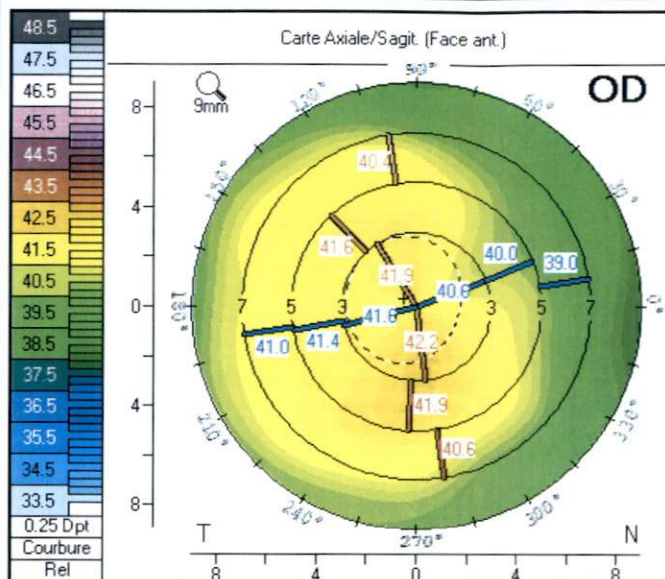
Cornée - Face post.

Rh: K1:
 Rv: K2:
 Rm: Km:
 QS: Axe: Astig:
 Q: Rpér: Rmin:

Pachy: x[mm]: y[mm]:
 Centre pup. +
 Pachy. apex: x[mm]: y[mm]:
 Pachy. min.: x[mm]: y[mm]:
 K Max. (antérieur): x[mm]: y[mm]:

Volume cornéen: KPD:
 Volume C.A.: Angle I.C.:
 Prof. C.A. (Endo.): Dia. pup.:
 Val. PIO PIO (Add.): Ep. cristal:

Carte réfractive



OCULUS - PENTACAM 4 cartes réfractives

1.22/09

Nom:
Prénom:
N° ID:
Né(e) le: Oeil:
Examen du: Heure:
Info. exam:

Cornée - Face ant.

Rh: K1:
Rv: K2:
Rm: Km:
QS: Axe: (plat) Astig:
Q: (30°) Rpéri: Rmin:

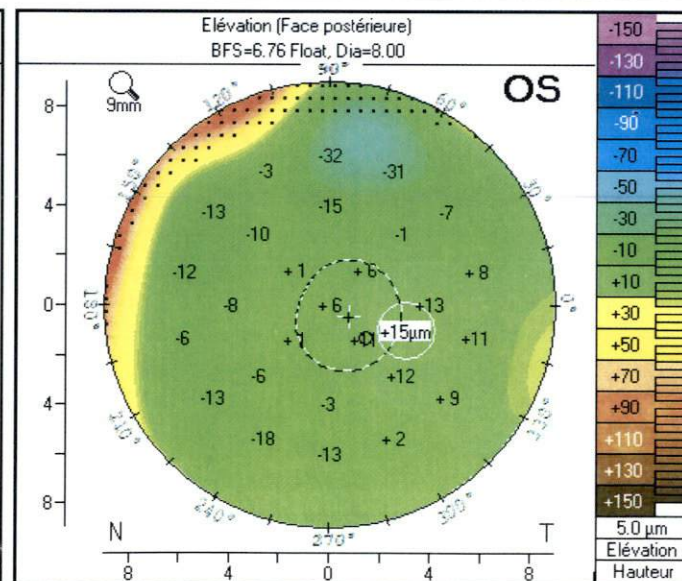
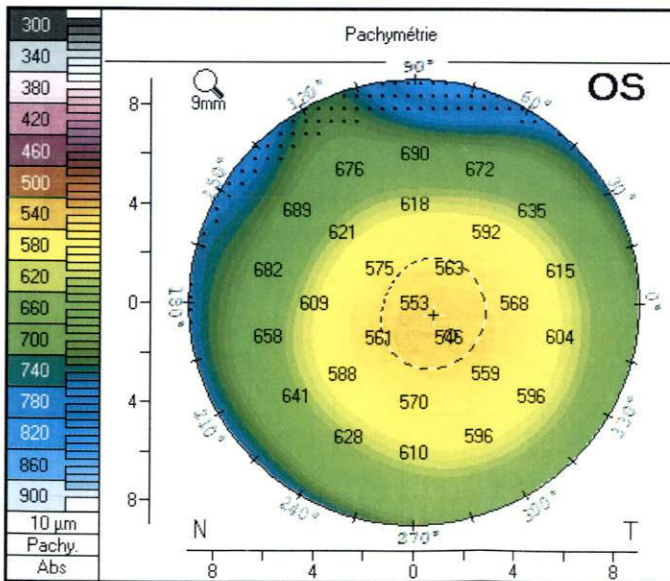
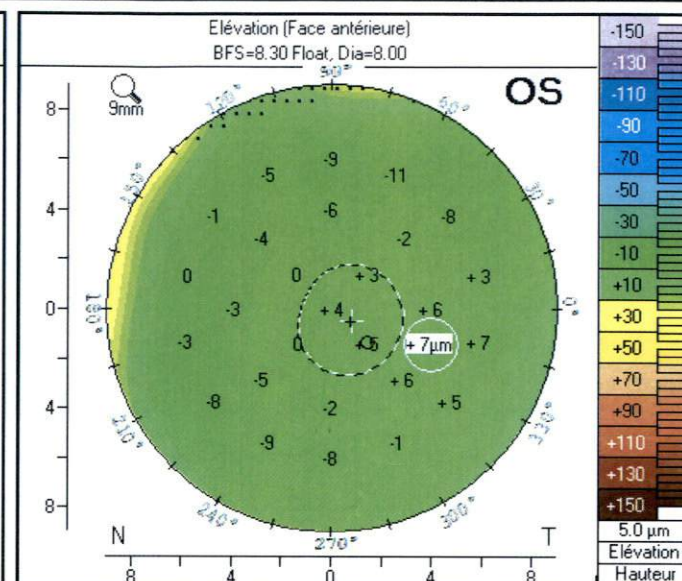
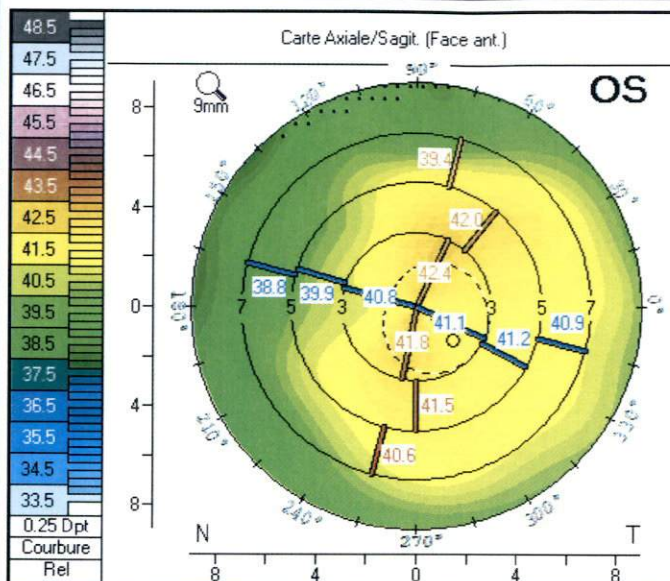
Cornée - Face post.

Rh: K1:
Rv: K2:
Rm: Km:
QS: Axe: (plat) Astig:
Q: (30°) Rpéri: Rmin:

Pachy: x[mm]: y[mm]:
Centre pup. +
Pachy. apex: 0.00 0.00
Pachy. min.: +0.73 -0.66
K Max. (antérieur): +0.53 +1.19

Volume cornéen: KPD:
Volume C.A.: Angle I.C.:
Prof. C.A. (Endo.): Dia. pup.:
Val. PIO PIO (Add.): Ep. cristal:

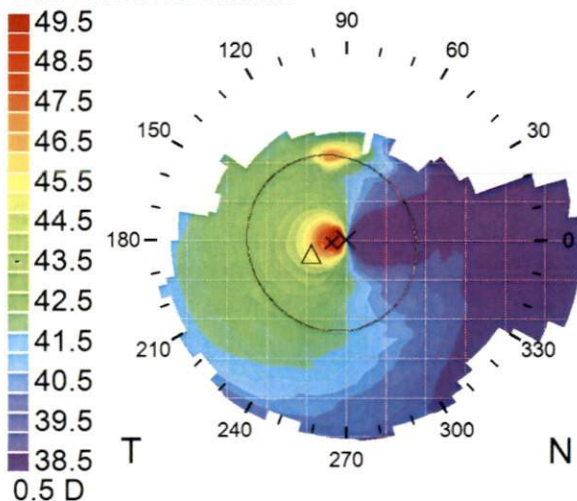
Carte réfractive



ANSI Z80.23
Std. Palette et Gamme

Courbure axiaux

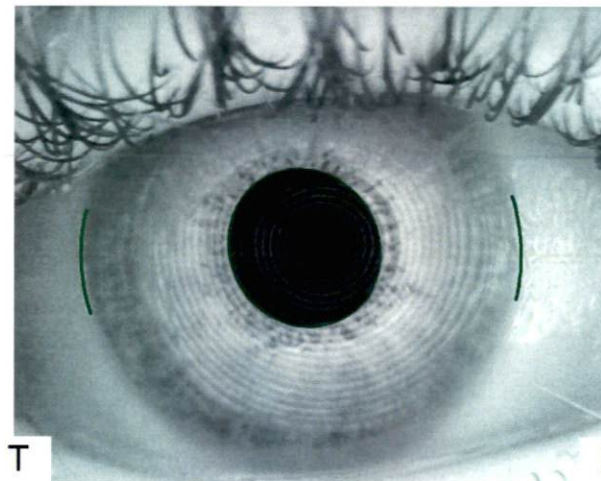
OD

12/16/2021
12:51:09 PM

K abrupt	42.22 D @ 94
K plat	40.91 D @ 4
Astigmatisme	1.31 D
Q	-0.60
Facteur forme	0.60

Image du vidéokératoscope

OD

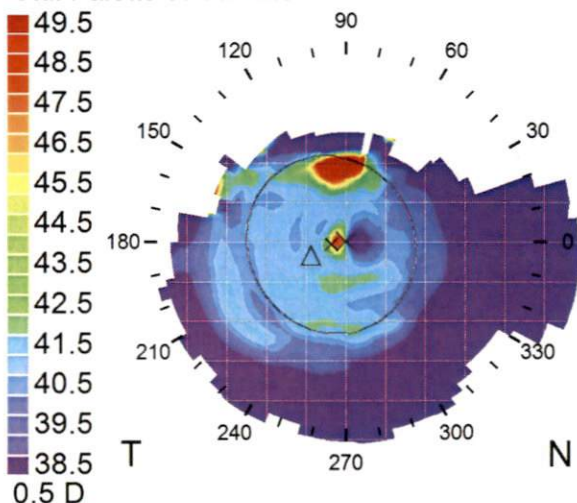
12/16/2021
12:51:09 PM

HVID 12.4 mm

ANSI Z80.23
Std. Palette et Gamme

Courbure tangentiels

OD

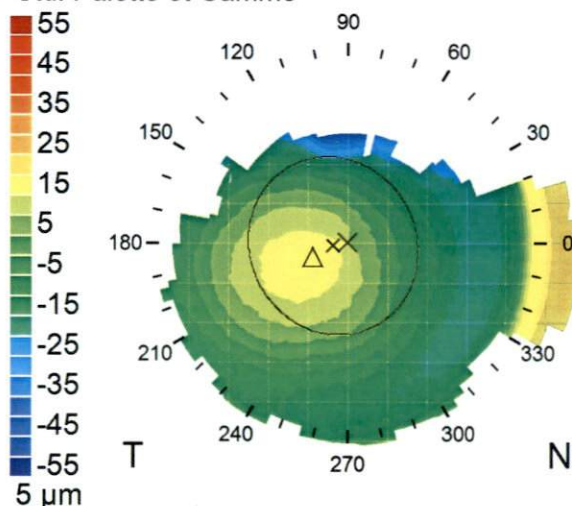
12/16/2021
12:51:09 PM

K abrupt	42.22 D @ 94
K plat	40.91 D @ 4
Astigmatisme	1.31 D
Excentricité	0.78

ANSI Z80.23
Std. Palette et Gamme

Élévation

OD

12/16/2021
12:51:09 PM

Adapter à zone	11.9 mm
Adap:Type	Esfera
Fit:R	8.48 mm
Fit:D	39.82 D
CIM	2.18 µm
TKM	42.69 D



aouani, chamsi
CZMI617717114
5/27/2000

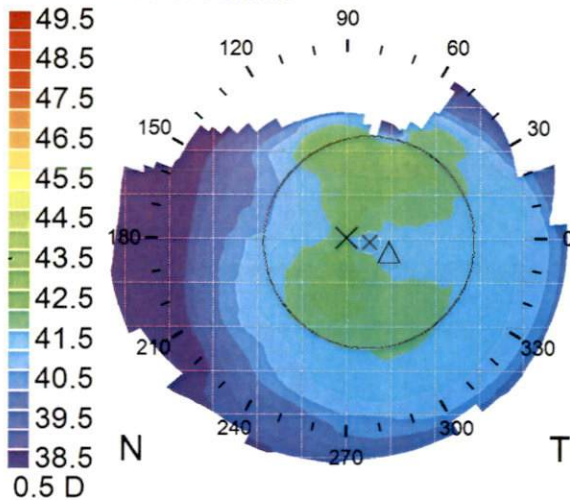
ATLAS **Aperçu**

ANSI Z80.23
Std. Palette et Gamme

Courbure axiaux

OS

12/16/2021
12:51:28 PM

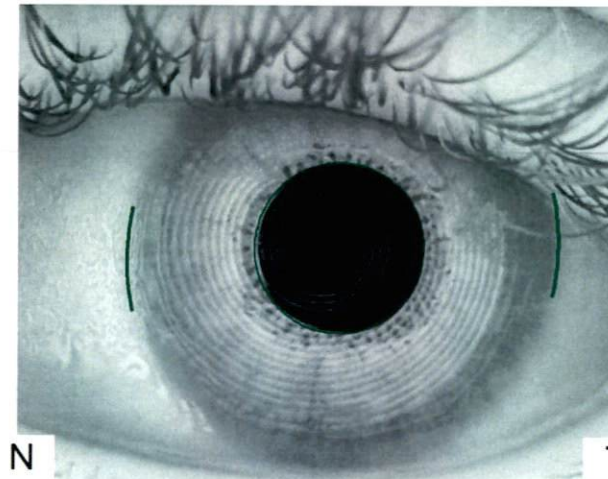


K abrupt	42.55 D @ 76
K plat	41.10 D @ 166
Astigmatisme	1.45 D
Q	-0.55
Facteur forme	0.55

Image du vidéokératoscope

OS

12/16/2021
12:51:28 PM



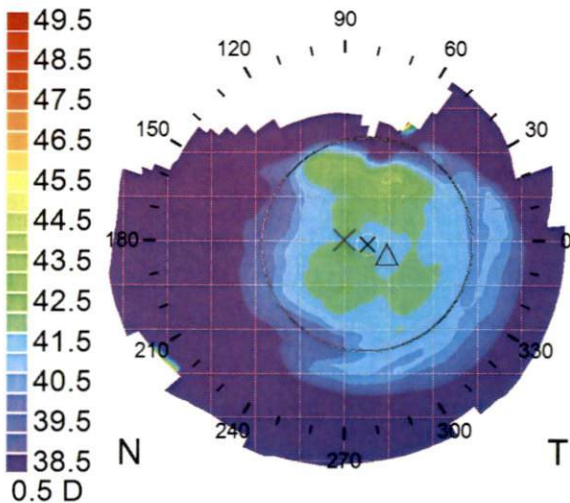
HVID 12.1 mm

ANSI Z80.23
Std. Palette et Gamme

Courbure tangentiels

OS

12/16/2021
12:51:28 PM



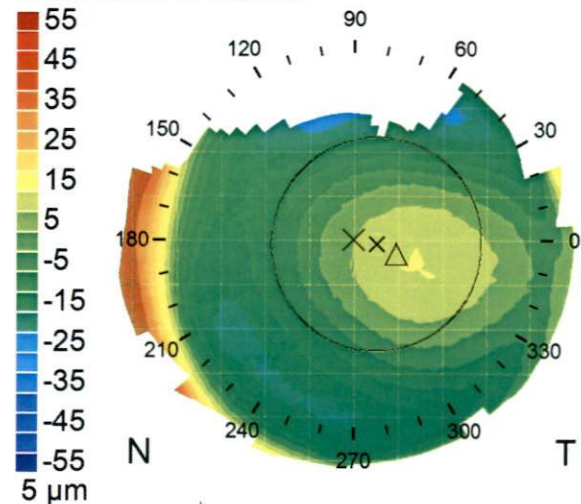
K abrupt	42.55 D @ 76
K plat	41.10 D @ 166
Astigmatisme	1.45 D
Excentricité	0.74

ANSI Z80.23
Std. Palette et Gamme

Élévation

OS

12/16/2021
12:51:28 PM



Adapter à zone	10.7 mm
Adap:Type	Esfera
Fit:R	8.35 mm
Fit:D	40.43 D
CIM	1.03 µm
TKM	42.84 D



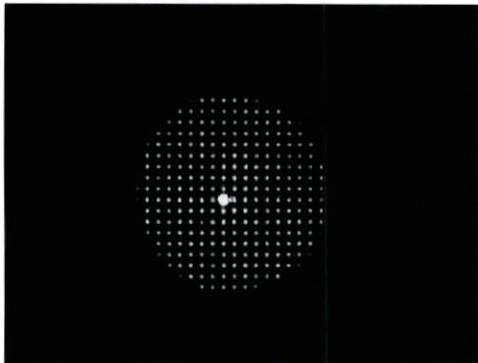
Time of Measurement: 12/16/2021 1:41:05 PM

OD

Name: Aguerni, Naima
Patient ID: AG404785

Pupil Diameter: 3.86 mm

Wavefront Sensor

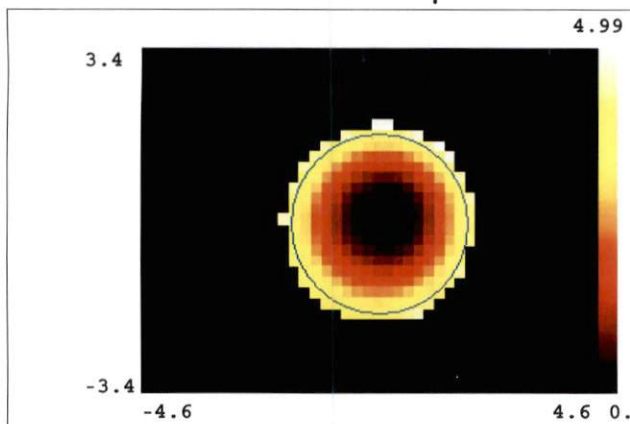


Seidel	Sphere	Cylinder	Axis
	+2.81	-0.09	x 154°
Chroma: 553		Corneal Plane	

Zernike Polynomials	
Zernike Term	Value
analysis diameter	3.86 mm
$Z(2,-2)$	-0.067 μm
$Z(2,0)$	2.381 μm
$Z(2,2)$	-0.052 μm
$Z(3,-3)$	0.058 μm
$Z(3,-1)$	0.181 μm
$Z(3,1)$	0.306 μm
$Z(3,3)$	0.014 μm
$Z(4,-4)$	-0.013 μm
$Z(4,-2)$	0.034 μm
$Z(4,0)$	-0.064 μm
$Z(4,2)$	0.001 μm
$Z(4,4)$	-0.003 μm

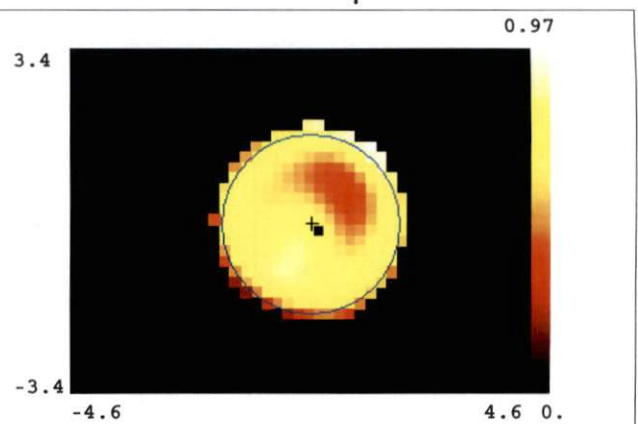
Total Aberrations

RMS: 1.35 μm



High Order Aberrations

RMS: 0.15 μm



E

E

Time of Measurement: 12/16/2021 1:41:49 PM



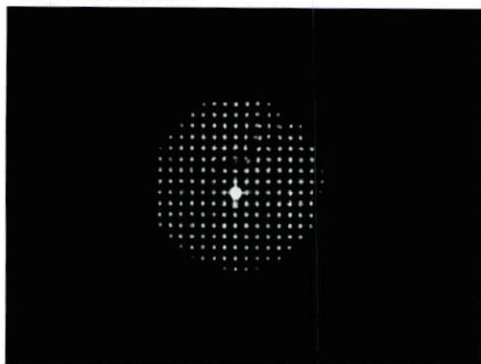
OS

Name: Aguerni, Naima

Patient ID: AG404785

Pupil Diameter: 3.46 mm

Wavefront Sensor

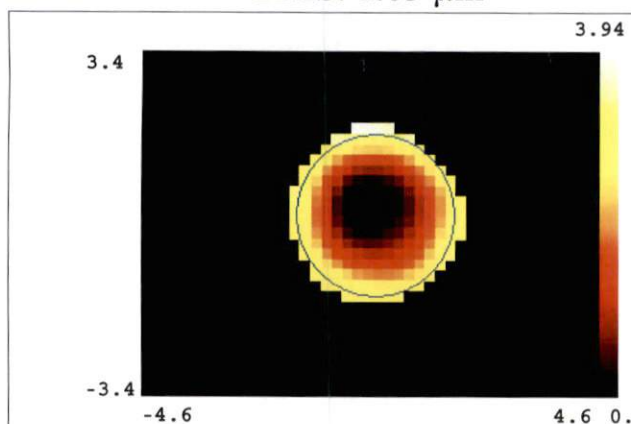


Seidel	Sphere	Cylinder	Axis
	+3.04	-0.23	x 81°
Chroma: 555		Corneal Plane	

Zernike Polynomials	
Zernike Term	Value
analysis diameter	3.46 mm
Z(2,-2)	0.053 μm
Z(2,0)	1.765 μm
Z(2,2)	0.163 μm
Z(3,-3)	0.051 μm
Z(3,-1)	-0.109 μm
Z(3,1)	0.307 μm
Z(3,3)	0.094 μm
Z(4,-4)	0.140 μm
Z(4,-2)	-0.027 μm
Z(4,0)	-0.143 μm
Z(4,2)	0.044 μm
Z(4,4)	0.047 μm

Total Aberrations

RMS: 1.03 μm



High Order Aberrations

RMS: 0.18 μm

