

## 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.

### Radiologie 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.

### Rééducation :

- 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- 0034785

complémentaire  
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6794 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité  
Nom & Prénom : OUHAESA Meol  
Date de naissance : 11.12.52  
Adresse : box les Figuiers n°3 Air Sebana  
Tél. 06.65.10.3302 Total des frais engagés : 1977,20 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 : .....

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : .....

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 : 0950 Le : 12/12/22

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### Adresses Mails utiles

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

La 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



## RECOMMANDATIONS GENERALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

1 Il est indispensable d'établir une déclaration par personne et par maladie.

2 Il est vivement recommandé à l'adhérent de garder une photocopie de ses dossiers maladie avant leur envoi à la Compagnie pour remboursement.

3 La déclaration maladie doit être entièrement et correctement remplie et doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives des frais engagés :

- l'ordonnance médicale,
- les prospectus & vignettes ou PPV des médicaments,
- les ordonnances prescrivant les examens radiologiques et/ou biologiques ainsi que leurs résultats,
- en cas d'hospitalisation, la facture clinique détaillée mentionnant la nature et éventuellement la cotation des actes pratiqués accompagnée des notes d'honoraires, du détail de la pharmacie, des factures annexes ... etc.
- en cas de soins ou de prothèse dentaires, le relevé détaillé des actes pratiqués, leur coefficient ainsi que les numéros et positions des dents traitées.
- en cas de dossier de lunettes, l'ordonnance prescrivant les lunettes précisant le degré de dioptrie et la facture de l'opticien renseignée par les numéros de nomenclature des verres.

4 En cas de demande de prise en charge, faire accompagner le devis d'hospitalisation d'un pli confidentiel justifiant ladite hospitalisation et détaillant les soins et traitement envisagés ainsi que de tout examen de diagnostic.

5 Sont soumis à l'accord préalable de la Compagnie : la prothèse dentaire, les extractions multiples de plus de 8 dents, les soins spéciaux (laser ... etc.) et les soins en série (injections, reéducation ... etc.).

6 Lorsque la personne malade bénéficie d'un autre régime de prévoyance, l'assuré devra remettre à la Compagnie l'original du décompte de remboursement délivré par l'organisme assureur de base et la photocopie du dossier.

7 A chaque changement de situation (mariage, divorce, veuvage, naissance), l'adhérent devra communiquer à la Compagnie le document justifiant ce changement.

8 Les enfants âgés de plus de 20 ans restent couverts jusqu'à l'âge de 25 ans sur présentation chaque année d'un certificat de scolarité.

9 Le délai de dépôt de toute demande de remboursement (déclaration maladie, complément ou acte de naissance ... etc.) est de 3 mois à compter de la date de la 1ère consultation, du règlement de l'Assureur de base ou de la date de naissance. Si les soins durant plus de trois mois, l'assuré est invité à présenter des factures partielles.

10 En cas de non présentation à une contre visite demandée par la Compagnie, l'assuré risque de voir tous ses dossiers bloqués jusqu'à ce qu'il apporte des explications pour cette absence.

11 Toute fausse déclaration (production de renseignements ou de documents intentionnellement faux, usurpation d'identité, facturation de frais non déboursés ... etc.) est passible de sanctions prévues par la loi 17-99 portant code des assurances (radiation du droit à prestations).

12 Toute réclamation, toute demande de complément d'information doivent être transmises à la Compagnie dans un délai de deux mois.

13 Les pièces justificatives des frais engagés transmis à la Compagnie sont la propriété de la Compagnie.

14 en cas d'accident, la présentation des causes et circonstances, date, heure, et lieu d'accident et transmettre éventuellement la copie du procès-verbal de la police ou de la gendarmerie en cas d'accident de la voie publique »

Conformément à la loi 09-08, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition au traitement de vos données personnelles. Ce traitement a été autorisé par la CNDP sous le n° A-A-101/2014



Atlantasanad  
ASSURANCE

AS0002040295/20

CONVENTION GROUPE

## DECLARATION DE MALADIE

(à utiliser par maladie et par personne)

A remplir par la contractante

Numéro d'adhésion

Atlantasanad

Date de .....  
Dépôt du dossier

Numéro de bordereau

Matricule de l'assuré

N° de police / N° de filiale

Numéro de Sinistre

(si ouverture par système)

Cachet Contractante

A remplir par l'assuré

Nom et prénom de l'assuré (en lettres capitales)

ELKHAYAT TANRA

N° CIN B309234

Nom et prénom du malade

ELKHAYAT TANRA

Lien de parenté  
elle-même

Date des soins

28/10/22

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés

Cadre réservé à Atlantasanad

Cachet de la Cellule Accueil

A Casablanca, le :

Volet détachable à présenter en cas de réclamation

N° DECLARATION

Nom de l'assuré :

Matricule : CIN :

N° de police / N° de filiale :

Numéro d'adhésion :

Frais exposés : dh

Date de dépôt : / /

N° de sinistre :

Numéro de bordereau : Date des soins :

(si ouverture par système)



AS0002040295/20



**A. REMPLIR PAR LE MEDECIN**

NOM et Prénom du malade ELI HAYAT TARRA Age : ..... Ans

Nature de la maladie 30ste & de colore

En cas d'Accident (Causes et Circonstances) .....

### DETAIL DES SOINS

CONSULTATIONS - VISITES - CHIRURGIE - HOSPITALISATION				EXECUTION DES ORDONNANCES			
Dates	Désignation Suivant nomenclature	Montant Payé	Cachet et Signature du praticien ou de l'Et. hospitalier	Dates	Montant	Cachet et Signature du praticien	
29.10.2022	contrôle			23/10/2022	57220		
27.10.22	Frais clinique anesthésie	150,00		ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
27.10.22	Frais médical anesthésie	150,00		Dates	Coefficients	Montant	Cachet et Signature du praticien
27.10.22	Frais Echographie	100,00					
				ACTES MEDICAUX OU PARAMEDICAUX			
				Dates	Désignations	Montant	Cachet et Signature du praticien

### SOINS ET PROTHESE DENTAIRES

<p align="center"><b>H</b></p> <p align="center"><b>B</b></p> <p align="center"><b>D</b>      <b>G</b></p> <p>Le traitement de prothèse doit d'abord être soumis à l'accord de la Compagnie.</p>	<input type="radio"/> <b>DEVIS</b> Etabli le .....		<input type="radio"/> <b>TRAITEMENT</b> Commencé le ..... Terminé le .....		
	<b>S O I N S</b>				<b>P R O T H E S E</b>
	Dates	Dents traitées	Nature de l'intervention	Coefficient	Prothèse mobile - Couronne - dent à tenons <input type="radio"/> Création <input type="radio"/> Remontage <input type="radio"/> Adjonction
Partie réservée au contrôle	Montant des soins DH			Montant de la prothèse DH	
	Cachet et Signature du praticien (s'il s'agit d'un devis)			Cachet et Signature du praticien attestant l'exécution et la paiement des soins (et ou) de la prothèse	



## ENREGISTREMENT

Référence : EN11-01

Date : 17/05/2016

Version : 02

Page : 1/1

## BULLETIN DE SORTIE

NOM-PRENOM : ..... EL KHAYAT Talma .....

DATE D'ENTREE : ..... 28.10.22 .....

DATE DE SORTIE : ..... 28.10.22 .....

MOTIF : ..... Cataracte .....

MEDECIN : ..... Dr. HAMIDI BASMA .....

MONTANT : ..... 1005,00 / chèque .....

**FACTURATION**  
CLINIQUE NOUR D'OPHTHALMOLOGIE  
28, Angle des Palmiers et Route  
des Facultés Oualis - Casablanca  
Tel 05 22 23 49 83 / 05 22 23 49 87  
**CACHET CLINIQUE**



N° : 6643 du 28/10/2022

CATARACTE OEIL DROIT PAR PHACO

**PRISE EN CHARGE**  
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE  
28, Angle des Palmiers et Route  
des Facultés Oualis - Casablanca  
PR : 2K  
Tél: 05 22 23 49 89 LG / Fax: 05 22 23 49

Part adhérent

**Payé par Chèque**

N°: 04 C.T.T.A.B.

Date: 28/10/2012



روم ص: 090060914 • الباتنتا: 34751148 • تـج: 40143077 • صـوضـج: 8282733 • م.م.ش: 002209107000090 • التجاري و افانك: وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي: 007 780 0001227000000605 67



**vendredi 28 octobre 2022**

## COMPTE RENDU OPERATOIRE

**Opérateur = DR HAMIDI BASMA**

Mr. EL KHAYAT TAHRA

Cataracte par phacoémulssification avec implant OD

Désinfection à la Bétadine.

Ouverture de la chambre antérieure au couteau pré-calibré 2,75 mm.

Visco-élastique dans la chambre antérieure.

## Capsulorhexis

Hydro-dissection.

### Phako-émulsification du noyau.

Lavage des masses à l'aide de la pièce à main d'irrigation /aspiration.

Visco-élastique dans le sac.

### Introduction dans le sac d'un implant en chambre postérieure

Fermeture sans suture.





CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA

مصحة النور للعيون الدار البيضاء

• CNOC •

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE N° 6643 / 2022 28/10/2022

Nom du patient	Modalité paiement	Période hospitalisation	
		Début	Fin
Mme EL KHAYAT TAHRA	ATLANTASANAD	28/10/2022	28/10/2022

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	%	Montant DH
CHAMBRE		1,00	0,00 DH	10	40,00 DH
SALLE OPERATION	K	1,00	0,00 DH	10	325,00 DH
			Sous/Total		365,00 DH
PHARMACIE		1,00	0,00 DH	10	130,00 DH
			Sous/Total		130,00 DH
TOTAL CLINIQUE					495,00 DH

DR. HAMIDI BASMA (ophtalmologue)	K	1,00	0,00 DH	10	390,00 DH
DR. AIBAR YOUSSEF (anesthésiste)	k	1,00	0,00 DH	10	120,00 DH
			Sous/Total		510,00 DH
TOTAL AUTRES PRESTATION					510,00 DH

Arrêtée à la somme de :	TOTAL GENERAL	1 005,00 DH
MILLE CINQ DIRHAMS		
Mode de paiement	Payé par Chèque	
	N° : 87111548.4193414	
	Date : 28/10/2022	

Signature de l'adhérent

PRISE EN CHARGE  
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE  
28, Angle des Palmiers et Route  
des Facultés Oualis - Casablanca  
PR : ZK  
Tél : 05 22 23 49 89 LG / Fax : 05 22 23 49 87



INPE 090060914

28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facultés, Oasis - Casablanca • Tél.: 05 22 23 49 89 LG • Fax : 05 22 23 49 87 • E-mail : cliniquenour01@gmail.com

INPE : 090060914 • Patente : 34751148 • I.F. : 40143077 • CNSS : 8282733 • I.C.E. : 002209107000090 • AttijariWafaBank : Agence Av. 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 67

cliniquenour01@gmail.com • البريد الإلكتروني : 05 22 23 49 87 • الفاكس : 05 22 23 49 89 LG • الهاتف : 05 22 23 49 89 LG • زاوية زنقة النخيل وطريق الجامعات - الوازيس - الدار البيضاء • الهاتف : 05 22 23 49 89 LG • 002209107000090 • التجاري وفا بنك : وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67

روم ص : 090060914 • البانكا : 34751148 • تج : 40143077 • صوضج : 8282733 • م.م.ش : 002209107000090 • 007 780 0001227000000605 67



## ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

N° police	: 004.2019.00000130	Intermédiaire	: 072 - ASSURANCE AFMA
Filiale	: 01 - RENAULT COMMERCE MAROC		
Adhérent	: 00000086 - EL KHAYAT TAHRA	Adresse	: 44,BD KHALID IBNOULOALID AIN SEBAA - CASABLANCA
Malade	: Lui même		
N° sinistre	: 040.2022.00627619	Date décision	: 14/10/2022
Frais engagés	: 10 050.00 Dhs	Date édition	: 14/10/2022
Date survenance	: 27/09/2022	Réf. Etat	: barnat
Nature maladie	: H55-H59 : Autres affections de l'Œil et de ses annexes		
N° dossier	:		

Nous soussignés, AtlantaSanad Assurance dont le siège social est à Casablanca - 181, boulevard d'Anfa.

La présente attestation, établie sur la base du devis du **27/09/2022**, est délivrée à l'intéressé(e) sur sa demande pour permettre à **CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE** le recouvrement, auprès de notre compagnie, de **90.00 %** des frais engagés jusqu'à concurrence d'un montant de **9 045.00 Dhs (NEUF MILLE QUARANTE CINQ DIRHAMS)**.

Ci-joint le détail de la prise en charge par prestation.

POUR LA COMPAGNIE



AtlantaSanad  
ASSURANCE  
181, Boulevard d'Anfa - CASABLANCA

N.B. : S/RESERVE CRO

N.B. : Cette attestation est valable pour une durée de 3 mois. La facture accompagnée de l'originale de la présente doivent être envoyées 30 jours au plus tard à compter de la date de l'exécution des soins.





## DETAIL PRISE EN CHARGE

N° police	: 004.2019.00000130	Intermédiaire	: 072 - ASSURANCE AFMA
Filiale	: 01 - RENAULT COMMERCE MAROC		
Adhèrent	: 00000086 - EL KHAYAT TAHRA	Adresse	: 44,BD KHALID IBNOULOALID AIN SEBAA - CASABLANCA
Malade	: Lui même		
N° sinistre	: 040.2022.00627619	Date décision	: 14/10/2022
Frais engagés	: 10 050.00 Dhs	Date édition	: 14/10/2022
Date survenance	: 27/09/2022	Réf. Etat	: barnat
Nature maladie	: H55-H59 : Autres affections de l'Œil et de ses annexes		
N° dossier	:		

### Liste des prestations accordées :

Prestation	Clé	Nbr.	Frais réels (Dhs)	Mnt. Ret. (Dhs)	Base Rem. (Dhs)	Tx. %	Mnt. Accordé	Reli. plaf (Dhs)	Gros R. (Dhs)
(*) K130	K	1	10 050.00	0.00	10 050.00	90.00	9 045.00	9 045.00	

### Observation(s) :

(\*) S/RESERVE CRO



Cachet et signature

28. زاوية نفقة النخيل وطريق الجامعات - الوازيس - الدار البيضاء • الهاتف: 05 22 23 49 89 / الفاكس: 05 22 23 49 87 • البريد الإلكتروني: chique.nadiri@gmail.com  
 007 780 0001227000000605 67 • التعريف البنكي: 002209107000090 • التجاري وإفا بنك: وكالة محج 2 مارس • الترخيص البنكي: 090060914 • البانكينغ: 34751148 • ت.ج: 40143077 • م.م.ش: 8282733 • م.م.ش: 002209107000090 • التجاري وإفا بنك: وكالة محج 2 مارس • الترخيص البنكي: 007 780 0001227000000605 67





INPE : 090060914 • Patente : 34751148 • I.F. : 40143077 • CNSS : 8282733 • I.C.E. : 002209107000090 • AttijariWafaBank : Agence Av. 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 67  
cliniquenour01@gmail.com • البريد الإلكتروني : 05 22 23 49 87 • الفاكس : 05 22 23 49 89 LG : الواتس : 05 22 23 49 89 LG : الهاتف : 05 22 23 49 89 LG : زاوية زنقة النخيل وطريق الجامعات ، الوائيس - الدار البيضاء • ص.م.ش. : 8282733 • وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67  
روم محص : 090060914 • الباتنتا : 34751148 • تج : 40143077 • ص.م.ش. : 8282733 • ص.م.ش. : 002209107000090 : التجاري و افا بنك : 007 780 0001227000000605 67



ACHAT

27/10/22  
9900440851

13:23:23  
94408501

CLINIQUE NOUR  
Casablanca

A0000000031610  
\*\*\*\*\*8546  
CARTE LOCAL

VISA  
201-0 9999-1-44

MONTANT 600,00 MAD

Num Transaction : 004  
Num Autorisation : 116403  
SIAN : 002/09

---

TICKET CLIENT



Dr. Hamidi Basma

Ophtalmologiste

Diplômée de la faculté de médecine  
de Casablanca

Ancien Interne Du CHU Ibn Rochd - Casablanca

Chirurgie de la Cataracte - Chirurgie Réfractive  
Kératocône - Lentilles de Contact - Chirurgie des Voies  
Lacrymales - Maladies de la Rétine - Échographie,  
OCT et Lasers



الذخيرة بنسمة بجميدى

طب وجراحة العين

جراحة كاتاركت والطب والقيولة بالذخيرة بنسمة

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء

جراحة الجلالة - تصحيح البصر - القرنية المخروطية - العدسات  
اللاصقة - جراحة المسالك الدمعية - أمراض الشبكية - تصوير  
الشبكية - الليزر

27/10/2022

Prère de faire  
le Colcul d'implant  
de type EL KHA YAT  
TATRA par chirurgie  
de cataracte OD  
Hol Porter si possible  
siow per Euro ou autre



+212 662 06 63 77 05 22 36 02 36 dr.hamidibasma@gmail.com

Résidence Normandie 2, Angle Avenue Nice et Bd. Mohamed sijilmassi, 1er étage,  
N°1 Bourgogne - Casablanca

Dr. Hamidi Basma

Ophthalmologist

Diplômée de la faculté de médecine  
de Casablanca

Ancien Interne Du CHU Ibn Rochd - Casablanca

Chirurgie de la Cataracte - Chirurgie Réfractive  
Kératocône - Lésions de Contact - Chirurgie des Voies Lacrymales - Maladies de la Cornée - Echographie, Kératographie et Lasers

Pharmacie RIZK  
Dr. Hamidi Basma  
Place H. Ahmed Mekoual  
AIN SEBA - CASABLANCA  
Tél: 022.35.85.20



الذئبة البنية الجينية  
طب وجراحة العيون

جراحة كاتاركت والضمادة بالذئبة البنية

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد - التماريط

جراحة الجلالة - تصحيح البصر - القرنية المخروطية - العدسات  
اللاصقة - جراحة المسالك الدمعية - أمراض الشبكية - تصوير  
الشبكية - الليزر

28/11/2022

EL KHAYAT  
TAHRA

99,00

1) Phylarm  
35,70x2

2) Tobradex

collyre  
1 gte x 4 JT

54,40x2

3) Tobradex

58,00x2

4) Indol collyre

147,00

5) Thealose

30,00

6) Rouvelles

572,20

Pharmacie RIZK  
+212 662 05 22 36 02 35  
Résidence Normale 2, Anglade Avenue, Rés. Karim  
N°1 Bourgogne, Casablanca  
Dr. Hamidi Basma  
Ophthalmologiste  
06 62 06 63 77  
drhassibasma@gmail.com  
Bd. Mohamed sijilmassi, 1er étage,



Dr. Hamidi Basma  
Ophtalmologiste  
Diplômée de la faculté de médecine  
de Casablanca  
Ancien Interne Du CHU Ibn Rochd - Casablanca

Chirurgie de la Cataracte - Chirurgie Réfractive  
Kératocône - Lentilles de Contact - Chirurgie des Voies  
Lacrymales - Maladies de la Rétine - Échographie,  
OCT et Lasers



الذکورة بنسمة حمیدی  
ظن ونجراجة العینون  
جراحة كاتارطة العين والقرنية بالليزر

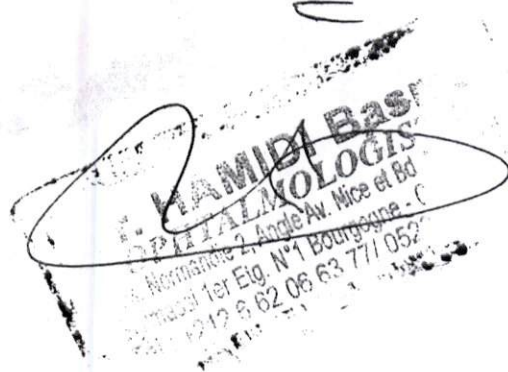
طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد - التمار البيضاء  
جراحة الجلالة - تصحيح البصر - القرنية المخروطية - العدسات  
اللاصقة - جراحة المسالك الدمعية - أمراض الشبكية - تصوير  
الشبكية - الليزر

25/10/2022

Now - preux & EL KAAAT TATRA

Age: 72 ans  
Dg: cataracte OD

préire de l'oeil la  
ORA pr cataracte OD



+212 662 06 63 77 05 22 36 02 36 drhamidibasma@gmail.com

Résidence Normandie 2, Angle Avenue Nice et Bd. Mohamed sijilmassi, 1er étage,  
N°1 Bourgogne - Casablanca

Patient : EL KHIYAT TAHRA

Numéro de dossier :

Adresse :

Tel :

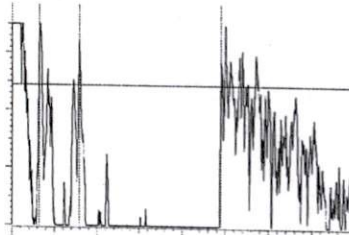
Sexe : Féminin

Date de naissance : 02 oct. 1944

Mesure : Moy OD			Mesure : Moy OS		
Date d'examen : 27 oct. 2022			Date d'examen : 27 oct. 2022		
K1=7,57mm @0° K2=7,73mm @0°	Km=7,65mm		K1=7,47mm @0° K2=7,57mm @0°	Km=7,52mm	
Sphère=0,00 D	Cylindre=0,00 D @0°		Sphère=0,00 D	Cylindre=0,00 D @0°	

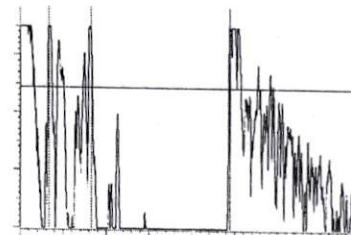
IOL1 - A=118.40		IOL2 - A=118.00		Réf. IOL		IOL1 - A=118.40		IOL2 - A=118.00		
SRK-T		SRK-T		Formule		SRK-T		SRK-T		
A = 118.40		A = 118.00		Constante		A = 118.40		A = 118.00		
16,78 D		16,40 D		Emmétrople		16,20 D		15,83 D		
0,00 D		0,00 D		Cible (Ame)		0,00 D		0,00 D		
16,78 D		16,40 D		IOL Ame		16,20 D		15,83 D		
IOL (D)	Refract. (D)	IOL (D)	Refract. (D)	Amétrople		IOL (D)	Refract. (D)	IOL (D)	Refract. (D)	
15.50	0.84	15.00	0.94			14.50	1.09	14.50	0.87	
16.00	0.52	15.50	0.61			15.00	0.77	15.00	0.55	
16.50	0.19	16.00	0.27			15.50	0.46	15.50	0.22	
17.00	-0.15	16.50	-0.07			16.00	0.13	16.00	-0.11	
17.50	-0.48	17.00	-0.41			16.50	-0.19	16.50	-0.45	
18.00	-0.82	17.50	-0.76			17.00	-0.52	17.00	-0.79	
18.50	-1.17	18.00	-1.11			17.50	-0.86	17.50	-1.13	
IOL3 - A=115.00		IOL4 - A=118.50		Réf. IOL		IOL3 - A=115.00		IOL4 - A=118.50		
SRK-T		SRK-T		Formule		SRK-T		SRK-T		
A = 115.00		A = 118.50		Constante		A = 115.00		A = 118.50		
13,92 D		16,88 D		Emmétrople		13,39 D		16,30 D		
0,00 D		0,00 D		Cible (Ame)		0,00 D		0,00 D		
13,92 D		16,88 D		IOL Ame		13,39 D		16,30 D		
IOL (D)	Refract. (D)	IOL (D)	Refract. (D)	Amétrople		IOL (D)	Refract. (D)	IOL (D)	Refract. (D)	
12.50	1.10	15.50	0.90			12.00	1.06	15.00	0.83	
13.00	0.71	16.00	0.58			12.50	0.68	15.50	0.51	
13.50	0.33	16.50	0.25			13.00	0.30	16.00	0.19	
14.00	-0.06	17.00	-0.08			13.50	-0.08	16.50	-0.13	
14.50	-0.46	17.50	-0.42			14.00	-0.47	17.00	-0.46	
15.00	-0.86	18.00	-0.75			14.50	-0.87	17.50	-0.79	
15.50	-1.26	18.50	-1.10			15.00	-1.26	18.00	-1.13	

A <> OD OM Aviso V.5.0.0 - 27 oct. 2022  
EL KHIYAT TAHRA Gain=100dB Dyn=35dB Tpo=10cB  
Contact Phaque



M C&A 3.25 Lx 5.00 Vx10.32 LTx24.54 (mm)  
Vitesses C&A=1532 Lx1641 Vx1532 (m/s)  
Moy C&A 3.16 Lx 5.34 Vx16.34 LTx24.53 (mm)  
Et.Type C&A 0.05 Lx 0.08 Vx 0.08 LTx 0.04

A <> OS OM Aviso V.5.0.0 - 27 oct. 2022  
EL KHIYAT TAHRA Gain=100dB Dyn=35dB Tpo=10cB  
Contact Phaque



M C&A 3.21 Lx 5.23 Vx15.85 LTx24.48 (mm)  
Vitesses C&A=1532 Lx1641 Vx1532 (m/s)  
Moy C&A 3.28 Lx 5.18 Vx16.02 LTx24.45 (mm)  
Et.Type C&A 0.14 Lx 0.16 Vx 0.08 LTx 0.04



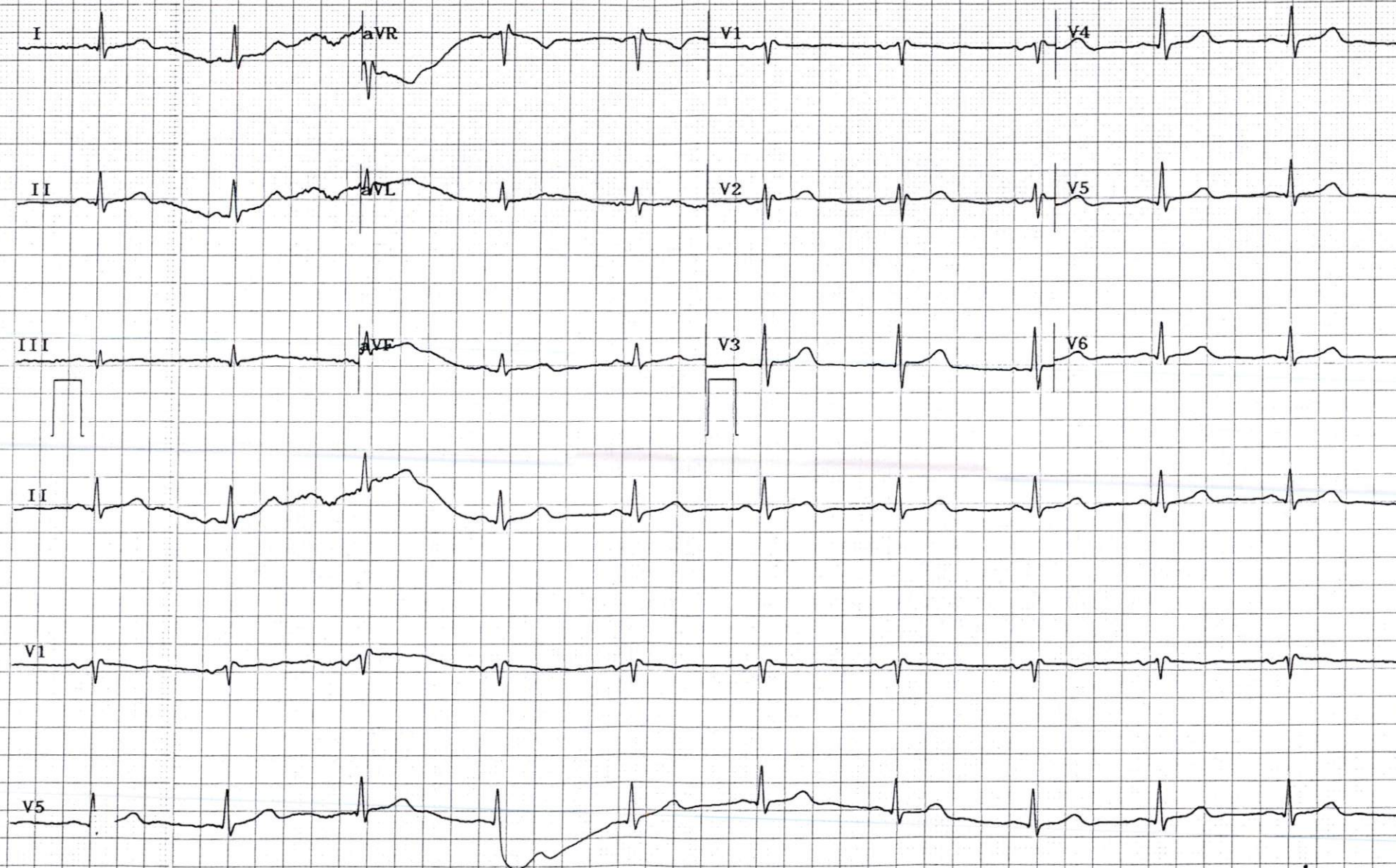
ID : ELkhayati  
Nom :  
Age : 0 Années  
Sexe :  
T : 0 cm / P : 0 kg

Freq. cardia : 63 bpm  
PR/RR Int. : 138/952 ms  
Durée QRS : 110 ms  
QT/QTc : 444/453 ms  
Axes P-R-T : 56 37 39

Résultat par :  
\*\* Résultat de l'analyse \*\* (A faire confirmer par le cardiologue)  
Rythme sinusal normal  
Axe normal  
BBDI (Bloc de branche droit incomplet)

SV1/RV5/R+S : 0.32/0.65/0.97mV [ Normal ECG ]

U 27/10/2020



572,20

150,00

150,00

100,00

1005,00

---

1977,20