

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.

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5118 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

BENABIS KHALIM SAMIR

Date de naissance :

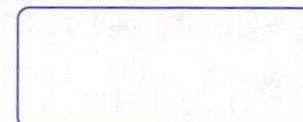
Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : B 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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



Déclaration de Maladie

N° W21-660202

Maladie Dentaire Optique Autres

5118
Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENABDELKRAM EL FILALI SANIR

Date de naissance : 15/6/1960

Adresse : YOUSSEFA AL APT 19 jnane California

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr.RAKKAA Amal
Ophtalmologiste
405 Bd Al Qods N 7
Tél:05 22 52 66 77 - 06 73 98 15 03

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/02/2013

Nom et prénom du malade : BENABDELKRAM EL FILALI SANIR Age : 62

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : AFFECTION Oculaire

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 : CASA Le : 24/02/2013

Signature de l'adhérent(e) :

Dr.RAKKAA Amal
Ophtalmologiste
405 Bd Al Qods N 7
Tél:05 22 52 66 77 - 06 73 98 15 03

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W21-660202

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE 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
21/10/2022	CS		350,00	INP - 09/10/2022
20/03/2023	TM			INP - 09/10/2022

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																		
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																					
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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 colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																						
25533412	21433552																					
00000000	00000000																					
<hr/>																						
D																						
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
<hr/>																						
B																						
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		

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.

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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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° W21-789150

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) _____
Matricule : 518 Société : _____

Actif Pensionné(e) Autre :
BFNABDELIKIM ELFILALI SAMIR

Date de naissance : 15/06/1962

Adresse : ROSSERA 11 Apt 19 Jemaine California

Tél. : 0669650503 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : _____

Nom et prénom du malade : _____ Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

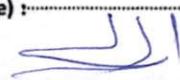
Nature de la maladie : _____

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 : Casablanca Le : 03/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W21-789150

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : _____

Nom de l'adhérent(e) : _____

Total des frais engagés : _____

Date de dépôt : _____

RELEVE 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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Mme. SERAFIN	27-02-2023	100	0	0	0	500DH
CENTRE D'ORTHOPÉDIE 183, Bld Abdellah Benkouche Res. Wadi Tél: 05 22 26 26 06 - GSM: 05 55 22 26 06	02					
	2023					

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



- Diplôme Contactologie à l'université de Bordeaux
- Diplôme Chirurgie Réfractive et de Phacoémulsification Université de Besançon
- Diplôme Oeil et Médecine Interne Université Pierre et Marie Curie - Paris
- Diplôme Imagerie et Pathologie Rétinienne Hôpital Lariboisière - Paris
- Diplôme OCT en Ophthalmologie à l'université de Bordeaux

جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج
فوق الصوتية

خطيب الشبكية الوعائي
الليزر - الجول

تقويم الرؤية بالليزر - العدسات اللاسلقة

24 février 2023
Casablanca, Le

Mr. BEN ABDELKARIM EL FILALI Samir

Diplopie binoculaire depuis 24h.

LANCASTER +BO

Mme. SENAJI Hanane Ep. FILALI
CENTRE D'ORTHOPIE - ELECTROPHYSIOLOGIE
185, Bd. Abdelmoumen Res. Wallili - Casa
Tél: 05 22 26 26 26 - CSU: 05 51 63 34 26

Dr.RAKKAA Amal
Ophthalmologiste
405 Bd Al Qods N 7
Tél: 05 22 52 66 77 - 06 73 98 15 03

CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
MME SERRAJ HANANE EP. FILALI
DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER



FACTURE

CASABLANCA LE 27/02/2023

Mr BEN ABDELKRIM EL FILALI SAMIR

Désignation	Montant
BILAN ORTHOPTIQUE Lancaster (Diplopie)	500,00
TOTAL	500,00

Somme arrêtée à : cinq cents dirhams



ICE: 001804777000038

TP : 34309939

IF : 41909940

185, Bd. Abdelmoumen, Rés. WALILI PARC, 2^{ème} Etg. (en face station Tram Faculté de Médecine)

☎ : 0522.26.26.26 / 48.10.86

📱 : 0661.63.34.26

✉ : ha.serraj@gmail.com

CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE

MME SERRAJ HANANE EP. FILALI

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER



CASA, Le 27/02/2023

Cher Docteur,

L'examen de Mr BEN ABDELKRIM EL FILALI SAMIR (62 ans) montre les éléments suivants:

INTERROGATOIRE

Diabétique, diplopie il y'a deux jours.

ACUITE VISUELLE

Correction portée : sa correction

VL A/C OD	10/10	VP A/C OD	P2
VL A/C OG	10/10	VP A/C OG	P2

EXAMEN MOTEUR

Mesure de l'angle : ESE (en Dioptries)

VL S/C et A/C: ODF = OGF: E = 2

VP S/C et A/C: ODF = OGF: Orthophorie

Regard à droite : Orthophorie

Regard à gauche : E = 4

La diplopie augmente dans le regard à gauche (droit interne droit, droit externe gauche).

Motilité oculaire: Equilibrée

EXAMEN SENSORIEL

Verre Rouge : union binoculaire à E = 2

Worth : diplopie

Vision stéréoscopique : positive

Synoptophore :

S/C et A/C: ODF = OGF : AO = AS = + 2

CONCLUSION

Esophorie en VL , orthophorie en VP.

Sur le plan visuel : iso acuité visuelle.

Sur le plan moteur : motilité oculaire normale.

La diplopie augmente dans le regard à gauche (droit interne droit, droit externe gauche).

Sur le plan sensoriel : diplopie, à son angle union binoculaire à E = 2.

Il s'agit de la parésie du VI gauche.

Le test de Lancaster est normal.

Le 3/3/2023, à l'examen on trouve :



EXAMEN MOTEUR

Mesure de l'angle : ESE (en Dioptries)

VL S/C et A/C: ODF = OGF: Orthophorie

VP S/C et A/C: ODF = OGF: Orthophorie

Regard à droite : Orthophorie

Regard à gauche : Orthophorie

Motilité oculaire: Equilibrée

EXAMEN SENSORIEL

Verre Rouge : fusion

Worth : fusion

Vision stéréoscopique : positive

Synoptophore :

S/C et A/C: ODF = OGF : AO = AS = 0

CONCLUSION

Orthophorie en VL et VP.

Sur le plan visuel : iso acuité visuelle.

Sur le plan moteur : nette amélioration de l'angle.

Sur le plan sensoriel : CRN à tous les tests.

Bien à vous

*MIN. JEUNAJ Nanaït CP. FILALI
CENTRE D'ORTHOPIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
185, Bd. Andelnhausen Rés. Walib - Casablanca
TÉL: 0524 22 00 00 / 0524 22 00 01*

CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE

MME SERRAJ HANANE EP. FILALI

DIPLOMÉE DE LA FAÇULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER



CASA, Le 27/02/2023

Cher Docteur,

L'examen de Mr BEN ABDELKrim EL FILALI SAMIR (62 ans) montre les éléments suivants:

INTERROGATOIRE

Diabétique, diplopie il y'a deux jours.

ACUITE VISUELLE

Correction portée : sa correction

VL A/C OD	10/10	VP A/C OD	P2
VL A/C OG	10/10	VP A/C OG	P2

EXAMEN MOTEUR

Mesure de l'angle : ESE (en Dioptries)

VL S/C et A/C: ODF = OGF: E = 2

VP S/C et A/C: ODF = OGF: Orthophorie

Regard à droite : Orthophorie

Regard à gauche : E = 4

La diplopie augmente dans le regard à gauche (droit interne droit, droit externe gauche).

Motilité oculaire: Equilibrée

EXAMEN SENSORIEL

Verre Rouge : union binoculaire à E = 2

Worth : diplopie

Vision stéréoscopique : positive

Synoptophore :

S/C et A/C: ODF = OGF : AO = AS = + 2

CONCLUSION

Esophorie en VL , orthophorie en VP.

Sur le plan visuel : iso acuité visuelle.

Sur le plan moteur : motilité oculaire normale.

La diplopie augmente dans le regard à gauche (droit interne droit, droit externe gauche).

Sur le plan sensoriel : diplopie, à son angle union binoculaire à E = 2.

Il s'agit de la parésie du VI gauche.

Le test de Lancaster est normal.

Le 3/3/2023, à l'examen on trouve :



EXAMEN MOTEUR

Mesure de l'angle : ESE (en Dioptries)

VL S/C et A/C: ODF = OGF: Orthophorie

VP S/C et A/C: ODF = OGF: Orthophorie

Regard à droite : Orthophorie

Regard à gauche : Orthophorie

Motilité oculaire: Equilibrée

EXAMEN SENSORIEL

Verre Rouge : fusion

Worth : fusion

Vision stéréoscopique : positive

Synoptophore :

S/C et A/C: ODF = OGF : AO = AS = 0

CONCLUSION

Orthophorie en VL et VP.

Sur le plan visuel : iso acuité visuelle.

Sur le plan moteur : nette amélioration de l'angle.

Sur le plan sensoriel : CRN à tous les tests.

Bien à vous

Mme. SERRAJ Hanane Ep. FILALI
CENTRE D'ORTHOPIE - ELECTROPHYSIOLOGIE
185, Bd. Abdelmoumen Rés. Walili - Casa
Tél. : 03 22 26 03 26 - 09 M : 06 61 59 21 07

SCHÉMAS DE LANCASTER

Le sujet tient la torche verte

O. G.

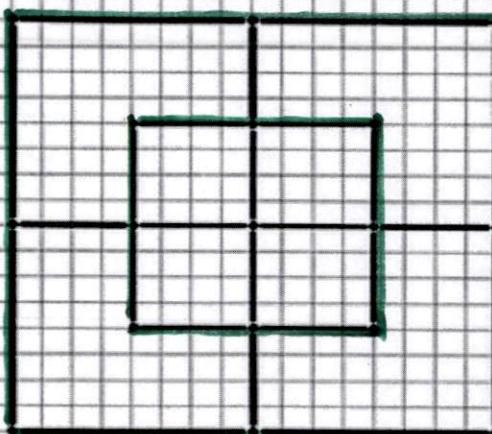
D. SUP.

12

10

D. EXT. 10

P. OBL.



Dans les deux cas, le verre vert est devant l'œil gauche, le verre rouge devant l'œil droit

10 D. INT.

10

12

D. INF.

G. OBL.

O. D.

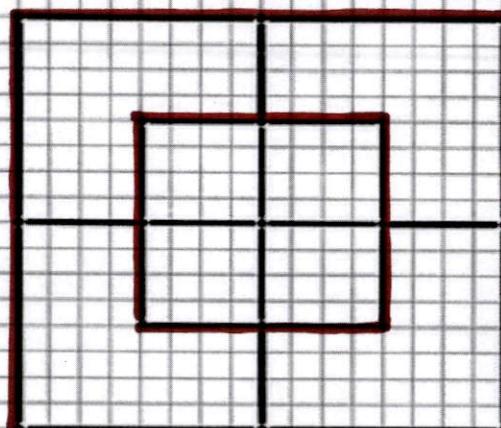
D. SUP.

12

10

D. INT. 10

10 D. EXT.



10

12

D. INF.

G. OBL.

Le sujet tient la torche rouge

Nom :

SENABDELKRIM El Hafsa

Prénom :

SAMIR

Age :

62 ANS

Date :

27/02/2023

Diagnostic :

Telt de Lancaster normal

REF 113433

LUMEAU OPHTALMOLOGIE - B.P. 60252 - 28005 CHARTRES CEDEX

