

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 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- 061172

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8082

Société : PTM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Moul Gounki Mustapha

Date de naissance : 03-04-1988

Adresse : même

Tél. :

Total des frais engagés : 2393.9

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/10/2023

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : ALD

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 : 07 NOV. 2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
04/10/2015	b	-	300 DH	
04/10/2015	b + v3	-	100 DH	
	a.c	-	1200 DH	
04/10/2015	38 HC 50	-		

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/10/2023	349.40
	1.1 - 1.2 - 2.23	646.50

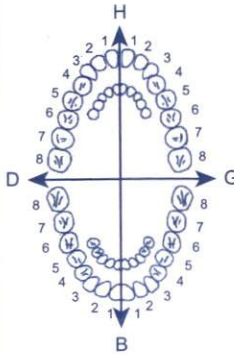
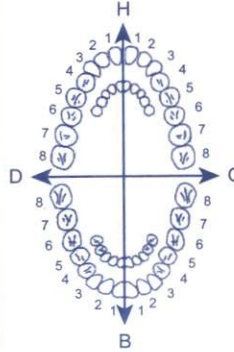
[illegible][illegible]

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 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



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

M22- 0007706

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8482 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : M. GOUNI MUSTAPHA

Date de naissance : 03-06-1958

Adresse : même

Tél. : Total des frais engagés : 33000 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0007706

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 : 8482

Nom de l'adhérent(e) :


Total des frais engagés : 33000 Dhs

Date de dépôt : 28-10-13

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	N° 23	3300, —

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

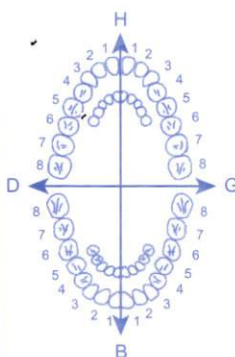
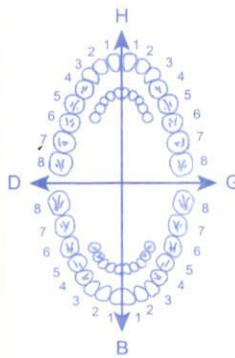
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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"> <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>D</td> <td>G</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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <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

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE ET DE CHIRURGIE OCULAIRE AMBULATOIRE

Docteur S. Sadighi
Ophtalmologue

Diplômé de l'Université de PARIS
Ancien Assistant de la Fondation
ROTHSCHILD

Maladies et Chirurgie des Yeux
Myopie Hypermetropie Astigmatisme
et Presbytie (Blended vision)
Par Laser EXCIMER

Femtosecond - SMILE - Lasik - PKR

Cataracte par Phaco

Lentilles de Contact

Laser ARGON et YAG

OCT papillaire et maculaire

Angiographie Numérisée Haidelberg

Topographie et Pachymétrie

Traitement de Glaucome au Laser Diode et SLT

Sur rendez-vous

Agréé par l'état

04 octobre 2023

Mme KANDIL Mina

الدكتور صديقي ش
هبيب الميوني

خريج جامعة باريس
مساعد سابقا بمستشفى روتشيلد

أمراض وجراحة العيون
قصر البصر وضعف البصر
بأشعة الليزر إكسيمر ولازيك
جراحة عدسات العين (الجلالة)
لازير اركون و ياك
الجيوكرافي رقمية
المياه الزرقاء الليزر ديود

بالميعاد

معتمد من طرف الدولة



QSP

13500
HYDRAMED night gel

2340
1 app le soir au coucher , dans les deux yeux, pendant 1 Mois

OPTIPRED collyre

QSP

1 GOUTTE X 4 /J pendant 10 jours

et puis 1 gttex3f/j pdt 10j suivantes , dans les deux yeux,

18900
BLEFARETTE lingettes

QSP

344140
à mettre dans un verre d'eau chaude puis sur les paupières fermées
puis massage , dans les deux yeux

صيدلية مولاي عبد الله
PHARMACIE MY ABDELLAH
زنقة 300 رقم 98 عين الشق
(مستشفى محمد السقاط)
الهاتف : 05.22.21.73.64

05 22 27 31 45 - 05 22 27 36 31
3, Rue Achchari Ameziane - Casablanca
Docteur S. SADIGHI
CENTRE D'OPHTALMOLOGIE ET
CHIRURGIE OCULAIRE AMBULATOIRE

زاوية زنقة الأمير مولاي عبد الله و 3، زنقة الشريف أمزيان (مقابل فندق باريس) الطابق 3 - الدار البيضاء

Angle Rue du Prince Moulay Abdellah et 3, Rue Cherif Ameziane (face hôtel Paris) 3^{ème} étage - Casablanca 20080

Tél.: 05 22 22 36 31 / 05 22 27 31 45 : الهاتف - Fax: 05 22 26 46 44 : الفاكس - Patente n°33205674

E-mail: sadighiopht@gmail.com

LOT 00000722
10240
PPC 135,00 dh

أوبتيرد®
Optipred

Lot: A A 0 1 0 6
Fab: 1 2 2 2
Exp: 1 2 2 4
PPV: 23 DH 4

LOT 30970932
2025/10
PPC 189,00
DHS

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE ET DE CHIRURGIE OCULAIRE AMBULATOIRE

Docteur S. Sadighi
Ophtalmologue

Diplômé de l'Université de PARIS
Ancien Assistant de la Fondation
ROTHSCHILD

Maladies et Chirurgie des Yeux
Myopie Hypermetropie Astigmatisme
et Presbytie (Blended vision)
Par Laser EXCIMER
Femtosecond - SMILE - Lasik - PKR
Cataracte par Phaco
Lentilles de Contact
Laser ARGON et YAG
OCT papillaire et maculaire
Angiographie Numérisée Heidelberg
Topographie et Pachymétrie
Traitement de Glaucome au Laser Diode et SLT

Sur rendez-vous

Agréé par l'état

11 octobre 2023

Mme KANDIL Mina

الدكتور صديقي ش
هشيب الميوني

خريج جامعة باريس
مساعد سابقاً بمستشفى روتشيلد
أمراض وجراحة العيون
قصر البصر وضعف البصر
بأنسجة الليزر إكسيمر ولازيك
جراحة عدسات العين (الجلالة)
لازير اركون و ياك
الجيوكرافي رقمية
المياه الزرقاء الليزر ديود

بالميعاد

معتمد من طرف الدولة



090002023

171,80 CIPROXINE 500 mg comprimé enrobé sécable QSP

1 cp matin et soir pdt 5j

35,70 TOBRADEX: collyre cl QSP

1 goutte 4 fois par jour, dans l'œil droit, pendant 10 jours

135,00 EOLE dual QSP

1 gttx4f par jour, dans l'œil droit, pendant 1 Mois

104,00 PHYLARM dosette QSP

4 gttx4f/j à garder au frigo à 4°, dans l'œil droit, pendant 1 Mois

LOT: M0059
EXP: OCT 2026
PPV: 171.80 DH

Laboratoires Sothema Bouskoura
Tobradex® 0,30/1% collyre en suspension, 5 ml
AMM N°: 524/18 DMP/ 21/ NTO
Boîte de 1 flacon.
PPV: 35,70 DH

PPC: 135,00

HER MEDIC
PPC
104.00 DH

زاوية زنقة الأمير مولاي عبد الله و 3، زنقة الشريف أمزيان (مقابل فندق باريس) الطابق 3
Angle Rue du Prince Moulay Abdellah et 3, Rue Cherif Ameziane (face hôtel Paris) 3^{ème} étage - Casablanca 20080
Tél: 05 22 22 36 31 / 05 22 27 31 45 - الهاتف - Fax: 05 22 26 46 44 - الفاكس - Patente n°33205674
E-mail: sadighiopht@gmail.com

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE ET DE CHIRURGIE OCULAIRE AMBULATOIRE

Docteur S. Sadighi
Ophtalmologue

Diplômé de l'Université de PARIS
Ancien Assistant de la Fondation
ROTHSCHILD

Maladies et Chirurgie des Yeux
Myopie Hypermetropie Astigmatisme
et Presbytie (Blended vision)
Par Laser EXCIMER

Femtosecond - SMILE - Lasik - PKR

Cataracte par Phaco

Lentilles de Contact

Laser ARGON et YAG

OCT papillaire et maculaire

Angiographie Numérisée Heidelberg

Topographie et Pachymétrie

Traitement de Glaucome au Laser Diode et SLT

Sur rendez-vous

Agréé par l'état



الدكتور صديقي ش
هسيب الميوني

خريج جامعة باريس
مساعد سابقا بمستشفى روتشيلد

أمراض وجراحة العيون
قصر البصر وضعف البصر
بأشعة الليزر إكسيمر ولازيك
جراحة عدسات العين (الجلالة)
لازير اركزون و ياك
الجيوكرافي رقمية
المياه الزرقاء الليزر ديود

بالميعاد

معتمد من طرف الدولة



090002023

04 octobre 2023

Mme KANDIL Mina

DE LOIN :

OD = + 0.50

OG = + 0.50

DE PRES :

ODG = Add : + 2.50

Monture + verres progressifs organiques anti-reflets, anti-UV

+ polaroides

زاوية زنقة الأمير مولاي عبد الله و 3، زنقة الشريف أمزيان (مقابل فندق باريس) الطابق 3 - الدار البيضاء

Angle Rue du Prince Moulay Abdellah et 3, Rue Cherif Ameziane (face hôtel Paris) 3^{ème} étage - Casablanca 20080

Tél.: 05 22 22 36 31 / 05 22 27 31 45 - الهاتف : 05 22 26 46 44 - الفاكس : Patente n°33205674

E-mail: sadighiopht@gmail.com



Facture N° :

N° 004272

Casablanca, Le : 16.10.23

M

Karim Ding

N° de nomenclature	Vision de Loin	Vision de près	Double Foyer PROGRESSIF
Corresponds à La	O.D.	O.D.	O.D.
prescription du	O.G.	O.G.	O.G.
Docteur			

FOURNITURES :

MONTURES :

VERRES :

Vision de Loin :

O.D. :

O.G. :

Vision de près :

O.D. :

O.G. :

TOTAL :

Arrêtée de la présente facture à la somme de :

1 RES LES ROSIERS ETG MAG APT 34 ANG BD DAKHLA ET ALQODS - Tél: 05 22 50 20 20 -

IF: 25 00 58 35 / ICE: 001988163000078 - RC: 392701 - Patente: 340

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE ET DE CHIRURGIE OCULAIRE AMBULATOIRE



Docteur S. SADIGHI

Diplôme de l'Université de Paris
Ancien Assistant à la Fondation Rothschild
Maladie et chirurgie des yeux
Chirurgie de la Cataracte par Phacoémulsification
Lentilles de contact - Angiographie
Laser ARGON et YAG

Chirurgie de la Myopie Par Laser Excimer
Pachymétrie
Topographie cornéenne
Chirurgie plastique de la paupière et des rides



DR. SADIGHI
OPHTALMOLOGUE
INP: 091122424

Casablanca, le 04/10/2023

Je soussigné certifie avoir effectué ce jour à Mme KANDIL Mina UNE OCT
NUMERISEE.

Les frais de cet examen se sont élevés à MILLE DEUX CENT (1.200,00) DIRHAMS,
détaillés comme suit :

OPHK 80 (TOMOGRAPHIE PAR COHERENCE OPTIQUE) = 1.200,00 Dhs

La présente facture est acquittée à la somme de MILLE DEUX CENT (1.200,00)
Dirhams.

Dr. S. SADIGHI

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE ET DE
CHIRURGIE OCULAIRE AMBULATOIRE
Docteur S. SADIGHI
Rue Achennah Soudane - Casablanca
Tél: 05 22 27 31 45 - 05 27 12 76 31

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE ET DE CHIRURGIE OCULAIRE AMBULATOIRE



Docteur S. SADIGHI

Diplôme de l'Université de Paris
Ancien Assistant à la Fondation Rothschild
Maladie et chirurgie des yeux
Chirurgie de la Cataracte par Phacoémulsification
Lentilles de contact - Angiographie
Laser ARGON et YAG

Chirurgie de la Myopie Par Laser Excimer
Pachymétrie
Topographie cornéenne
Chirurgie plastique de la paupière et des rides

SUR RENDEZ-VOUS

CASABLANCA LE 04/10/2023

Mme KANDIL Mina
COMPTE RENDU OCT

L'OCT maculaire montre :

OD :

- Entonnoir fovéolaire respecté
- Anatomie des couches rétinienne respectée
- Epaisseur centrale : 263µm

OG :

- Entonnoir fovéolaire respecté
- Anatomie des couches rétinienne respectée
- Epaisseur centrale : 270µm

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE ET DE
CHIRURGIE OCULAIRE AMBULATOIRE
Docteur S. SADIGHI
3, Rue Achcharif Ameziane - Casablanca
Tél: 05 22 27 31 45 - 05 22 27 36 31

Patient: KANDIL, MINA
Patient ID: 56149
Diagnosis: ---

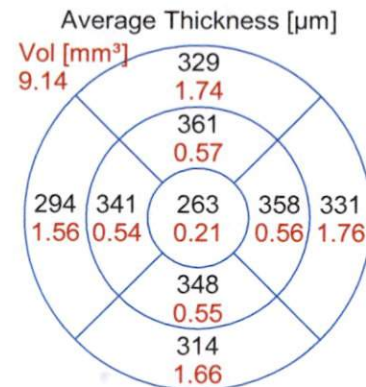
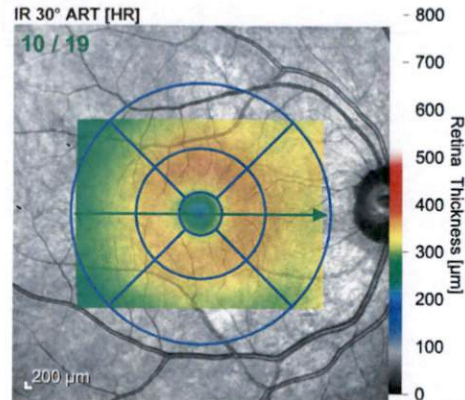
DOB: 01/janv./1958
Exam.: 04/oct./2023
Comment: ---

Sex: F

OD

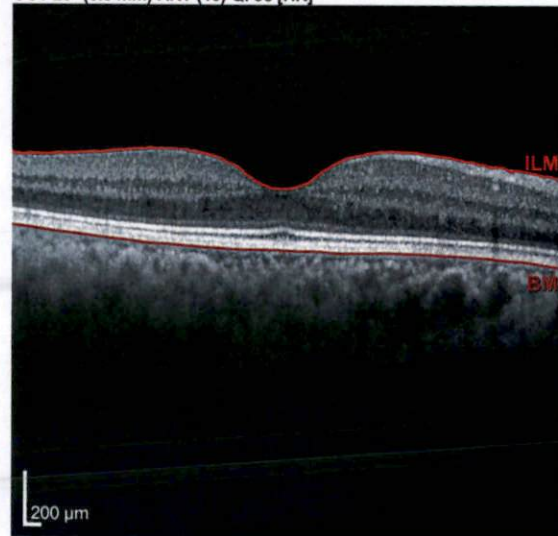
IR 30° ART [HR]

10 / 19



Center: 222 μm
Central Min: 217 μm
Central Max: 320 μm
Circle Diameters: 1, 3, 6 mm ETDRS

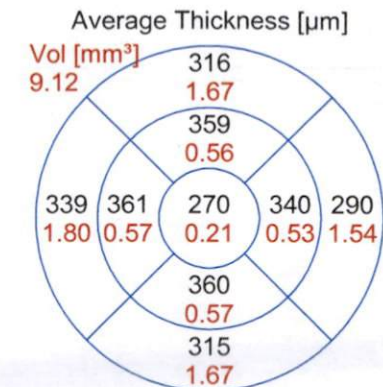
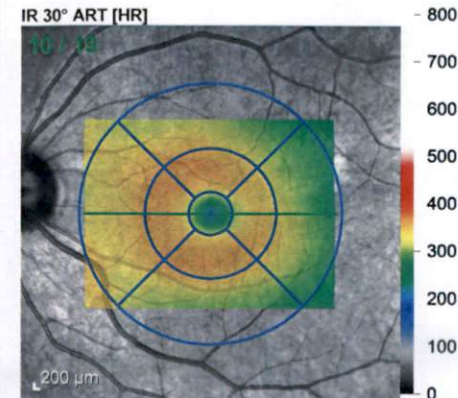
OCT 20° (5.8 mm) ART (10) Q: 36 [HR]



OS

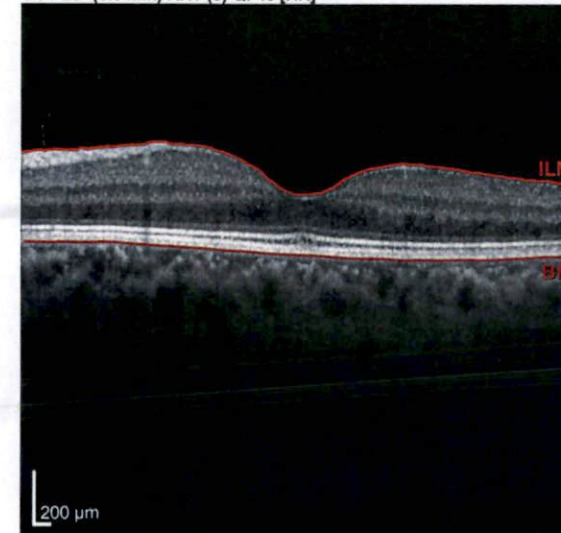
IR 30° ART [HR]

10 / 19



Center: 217 μm
Central Min: 217 μm
Central Max: 329 μm
Circle Diameters: 1, 3, 6 mm ETDRS

OCT 20° (5.8 mm) ART (9) Q: 40 [HR]



Notes:

Date: 04/10/2023

Signature: