



138934

Casa le 21/10/2022

ICE : 001804777000038

TP : 34309939

IF : 41909940

DEVIS

Nom et prénom : TOURBY RIM

EXAMEN : 12 séances de rééducation orthoptique

Prix : 200 X12 = 2400 DH

(DEUX MILLE QUATRE CENT DIRHAMS)

VINGT, quatre cents et quatre dixièmes
CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
185, Bd. Abdelmoumen - Rés. Walili - Casa
Tél : 05 22 26 26 26 / 48 10 86 Fax : 06 61 63 34 26
Email : ha.serraj@gmail.com

Patient : Mme TOURBY Rim

Mutuelle :

Age : 25 ans

Ville : CASAA

Tél : 0663341085

Allergies connues :

Facteurs de risques :

Antécédents :

CO 10/21 //W/ECRAN ++
ALLERGIE - /ATCD GLAUCOME-

DR. NAYME Karim
Ophtalmologue
Lot Nassim / Lot N°5 Route d'Azzemour
Casablanca -
Tél: 0522-36-60-79 / 0643-08-22-95

Consultation du : 17/10/2022

Motif Cs	céphalées LUNETTE		
CO Portée	- 7.00	- 7.00 (- 0.25 à 133°)	PD = 64.0
Réf.SKIA-	- 7.00 (- 0.75 à 90°) K1 = (42.00D 8.06MM 173°) K2 = (42.25D 7.98MM 83°) CYL = (- 0.25D 173°)	- 7.00 (- 0.25 à 80°) K1 = (42.25D 8.01MM 161°) K2 = (42.50D 7.94MM 71°) CYL = (- 0.25D 161°)	PD = 58.0
PIO	19 PachyOD : 585 µm	19 PachyOG : 574 µm	Tension mesurée à : 11:54
CO Finale	10/10 - 7.00 (- 0.50 à 90°)	10/10 - 7.00 (- 0.25 à 80°)	PD = 58.0
Oculo Motricité	Insuffisance de convergence	Insuffisance de convergence	
LAF	cornée claire BCA cristallin clair	cornée claire BCA cristallin clair	
FO	papille d'aspect normal. bien colorée, contours nets RETINE normal MACULA normale	papille d'aspect normal: bien colorée, contours nets RETINE normal MACULA normale	
Diagnostic	INSUFFISANCE DE CONVERGENCE		
Ordo. Medic	XILOIAL ZERO , FLUCON		
Presc. Verres	Monture pour vision de loin + verres correcteurs		
Examens Compl.	Bilan orthoptique		

DR. NAYME Karim
Ophtalmologue
Lot Nassim / Lot N°5 Route d'Azzemour
Casablanca -
Tél: 0522-36-60-79 / 0643-08-22-95

CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE

MME SERRAJ HANANE EP. FILALI

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

CASA, Le 19/10/2022

BILAN ORTHOPTIQUE

Cher Docteur,

L'examen de Mlle TOURBY RIM (25-ans) montre les éléments suivants :

INTERROGATOIRE

Céphalées, douleurs oculaires.

Port des lentilles de contact.

ACUITE VISUELLE

Correction portée : OD = - 7.00 (- 0.50 à 90°) / OD = - 7.00 (- 0.25 à 80°)

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

EXAMEN MOTEUR

Mesure de l'angle : ESE (en Dioptries)

VL A/L: Orthoporie

VP A/L: X'X'T = 8 à 10

Baguette de Maddox :

VL A/L: E = 2

VP A/L: X' = 6

RDC: Médiocre, l'OG lâche

Motilité oculaire: Normale

Amplitude de fusion :

C16R14 D8R6

C'35R30 D'10R8

EXAMEN SENSORIEL

Verre Rouge : Fusion

Worth : Fusion

Vision stéréoscopique : positive

Synoptophore

A/L: AO = AS = 0

1°/20R16

CONCLUSION

Orthoporie en VL, exoporie-tropie en VP.

Sur le plan visuel : iso acuité visuelle.

Sur le plan sensoriel : CRN à tous les tests.

Insuffisance de convergence, l'OG lâche.

Je propose de faire des séances de rééducation orthoptique.

Bien à vous

Mme. SERRAJ Hanane Ep. FILALI
CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
185, Bd. Abdelmoumen Rés. Walili - Casa
Tél: 05 22 26 26 26 - GSM : 06 61 63 34 26

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

Téléphone : 0522.26.26.26 / 48.10.86

Smartphone : 0661.63.34.26

E-mail : ha.serraj@gmail.com

Déclaration de Maladie

M22- 0011518

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6640 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TOURBY BOUCHAÏB

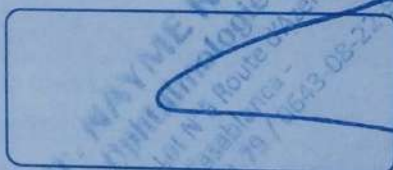
Date de naissance : 26/01/1960

Adresse : Rue 39, N°45/47, LAYMOUN 2, 20190
CASABLANCA -

Tél : 0640312716 Total des frais engagés : 2400,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/10/2022

Nom et prénom du malade : TOURBY R. 107 Age : 25

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : myopie + astig matos me

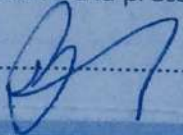
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 25/11/2022

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M22-0011518**

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 :