

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



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)



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. Opticien indépendant
 Dr. NAVYME Karim
 Lot Nessim - Lot N.S Route d'Allemour
 Tel: 0522-36-60-79 / 0643-08-22-95

Consultation du : 17/10/2022

Motif Cs	cephalées 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. Opticien indépendant
 Dr. NAVYME Karim
 Lot Nessim - Lot N.S Route d'Allemour
 Tel: 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



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: Orthophorie

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

Orthophorie en VL, exophorie-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

Tel: 05 22 26 26 26 - GSM : 06 61 63 34 2

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

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 BOUCHAIB

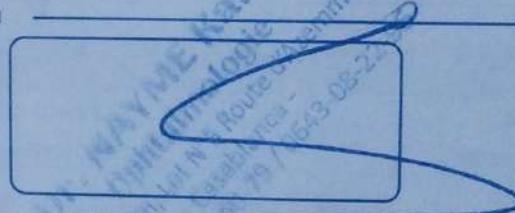
Date de naissance : 26/01/1960

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 : Myp-Due + Astig motisme

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

Le : 25/11/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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 :