

Rapport de Prise en Charge

Mutuelle: Nom de la Mutuelle

Date: 2/24/2025

Numéro de contrat: 123456789

Régime d'assurance Tiers Payant: 90%

Oeil	Diamètre	Rayon	Puissance X	Puissance Y	Puissance Z
Gauche	9	7.6	-8.3	0	0
Droit	9	7.6	-8.3	0	0

Oeil	PSC	Tonus	Hauteur Prisme	Grade Lipide	Charge Lacrimale
Gauche	lent	standard	0.2	elevée	elevée
Droit	lent	standard	0.2	elevée	elevée

Adaptation lentille de contact

Magasin: [...]
Adresse : [...]
Par : [...]

Fait le : 2/24/2025
A : [...]

Porteur: [...]
Age : [...]

Oeil	Droit	Gauche
Information	[...]	[...]
Résultat	[...]	[...]

Compte Rendu

Magasin: [...]
Adresse : [...]
Par : [...]

Fait le : 2/24/2025
A : [...]

Porteur: [...]
Age : [...]
Raison : [...]

Intitulé ½	Commentaire	
	OD	OG
Oeil directeur VL / VP		
Oeil dominant VL / VP		
Ri ½ fraction lentille		
PSC		
DHIV		
Diam ½ tre pupillaire		
FP / Recouvrement		
Tonus		
Clignement		
Ki ½ r atomi ½ trie		
Hauteur prisme de larmes		
Charge lacrymale		
Lipides		