



Déclaration de Maladie

N° W19-468478

80908

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

~~10917~~

Société :

~~RATM~~

Actif

Personnel(e)

Autre :

Nom & Prénom :

~~BOUDRARE LARBI~~

Date de naissance :

~~30 - 06 - 1947~~

Adresse :

~~23, RUE CHATROUE FERME BRETONNE~~

Tél. :

~~0677804636~~

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

~~12/07/2021~~

Nom et prénom du malade :

~~BOUDRARE LARBI~~

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

~~Amelioration~~

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential 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 : ~~29/07/2021~~ Le : ~~1/08/2021~~

Signature de l'adhérent(e) :

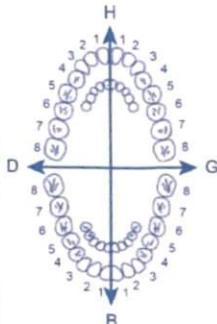
~~ACCUEIL~~

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

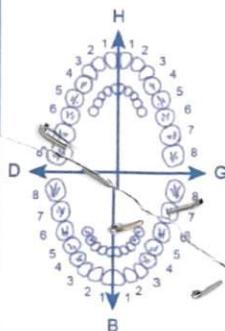
MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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
12-07-2021	C	3	3000.00	INP : <input type="text"/>
				Docteur LAOUIS ST HADJ Opticien et Optométriste 136, Bd Abdellatif Moumen Résidence Casablanca Tél. 022 99 46 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Opticien LUNETTE Opticien Optométriste 133, Rue Larache Bd Yacoub El Mansour Ourimes Casablanca Tel: 0522 36 03 63	22.07.21	1	1	1	1	4500.00

VOLET ADHERENT

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

Professeur N. LAOUISSI

Spécialiste en Ophtalmologie
Maladies et Chirurgie des Yeux
Ex Professeur à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de CASABLANCA
EX Attachée au CHU de Nantes (France)
Microchirurgie de L'Oeil
Strabisme - phacoemulsification
Angiographie - Laser - Lentilles de contact
Chirurgie Réfractive
Agrée en Médecine Aero spaciele

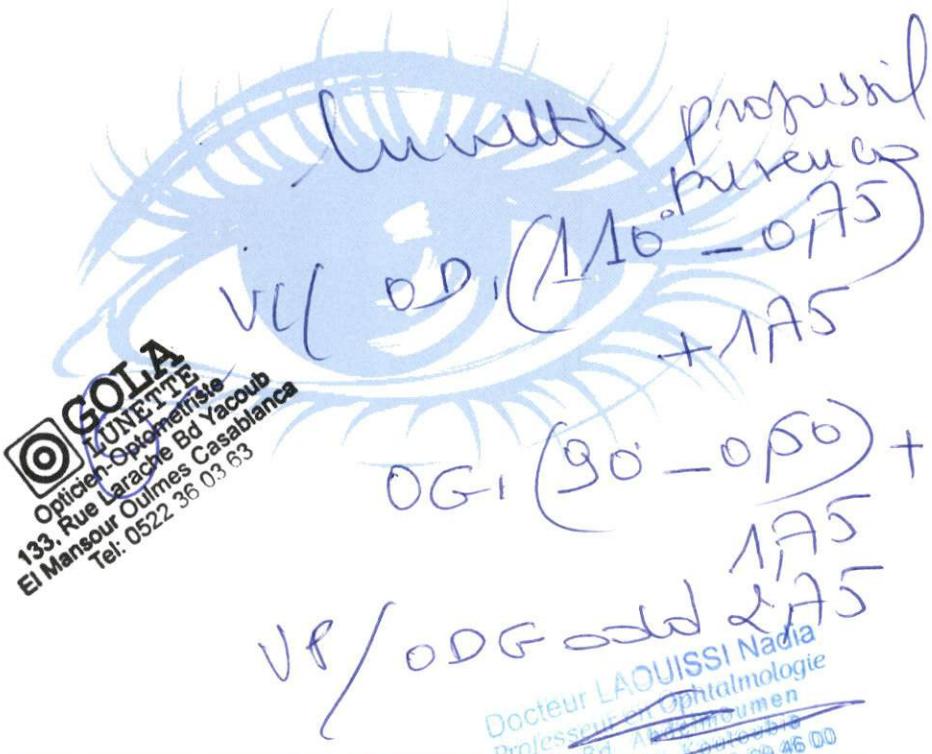
الأستاذة لعويسى . ن

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
أستاذة جامعية بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
ملحقة سابقا بالمستشفى الجامعي بنانت (فرنسا)
جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج فوق الصوتية
تخطيط الشبكية الوعائي - جراحة تصحيح البصر بالليزر
جراحة الجول

Casablanca, le :

12-7-2011

BOUDRARE Leba



Docteur LAOUISSI Nadia
Professeur d'Ophtalmologie
76 Bd Abdelloumen
Casablanca Tel: 0522 99 46 00



GOLA
LUNETTE

FACTURE N° 003671

Casablanca, le 29.07.21
(Arbi)

M. BOUDHANE

Quantité	Designation	P.U.	MONTANT
1 paire	verres pour lunettes propre corf		
03	(-975 +110)	+1,75	2000
0G	(-900 +100)	+1,75	2000
	add	+2,75	
+ 1 paire		500,-	
	Total, 4100,- DA		<u>4100,-</u>
LA PRESENTE FACTURE EST AUREE A LA SOMME DE QUATRE MILLE QUATRE CENT DA			
ECÉ	0000 50 521	0000 11	



GOLA
LUNETTE
Opticien-Optométriste
133, Rue Larache Bd Yacoub
El Mansour Oulmes Casablanca
Tel: 0522 36 03 63

133, Rue LARACHE, Bd Yacoub El Mansour, Oulmes - Casablanca
Tél.: 022 36 03 63