

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

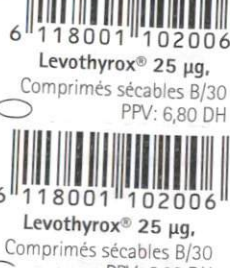
MANDAT
S REM



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

ANTES A LIRE POUR
ET EVITER LES REJETS

les :
vé à l'adhéren
vé au médecin
feuille de so
table est ex
ltiples, par
es actes effe
nt, une décl



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

ien lui-même notamment la nature de la maladie.
de la première consultation.
médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux,
ntaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi
rconstances de l'accident est à joindre à la feuille de

as médica
ments s
ogie :
i qu'une
nnance n
rtiel du m



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

ent jointes aux ordonnances.
narmacie doit être jointe.
ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être
remboursement.
ou radios peut être demandé par le médecin conseil de

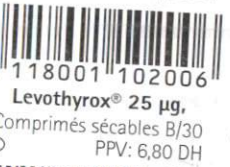
du méde



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

opticien sont à joindre à la feuille de soins.
scripteur est exigée avant le début des séances de
séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

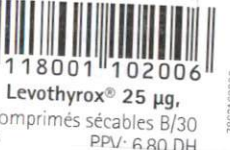
préalable re
ons.
mbourseme



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est
e demande de remboursement.
s ou de traitement canalaires.

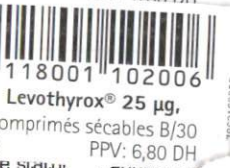
ffection Lo
ation de ma



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

née par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6

ses Mails u



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

PPV: 49,60 DH
LOT: 20F03
EXP: 06/2023



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

PPV: 49,60 DH
LOT: 20F03
EXP: 06/2023



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH



9492

56489

Déclaration de Maladie : N° P19-0004477

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9492 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ELHARBY Mohamed Date de naissance : 01.01.1994
Adresse : LOT Haj Fateh N°132 caspa casa
Tél. : 06.65.03.92.29 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/12/2022
Nom et prénom du malade : RHOUIEKH Laila Age : 19
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Thyroïde - cancer
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 au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration.
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : 09/12/2022
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
01/10/2020	C	1	250,00	Dr. EL KARNOU - BELQADI JOM ENDOCRINOLOGUE 19, Bd. Bir Anzarane Marrakech - CASABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

09/10/2020 399,60

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

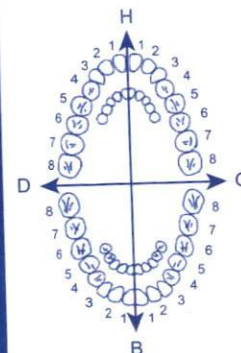
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

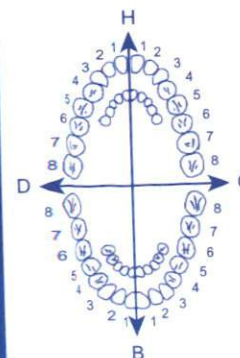
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de La Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقاضي جوييل

إختصاصية في أمراض الغدد و التغذية

خريجة كلية الطب بباريس

M^{re} CHOUIEKH Latife

4 Et HOMME.

Casablanca, le : 09/11/2020

LEVOTHYROX 50 1cp
" 25 + 1cp } = 75 µg - 5 jours / 7

le matin - 07h

100 = 1cp - 2 jours / 7

1 dose F

1 dose par mois 4 mois | mois 12-01-02-31

pas 1 dose tous les 2 mois - 8 mois | mois 5-7-9-11

low 12 mois

Dr. CARIOU - BELQADI Joëlle
ENDOCRINOLOGIE
119, Bd. Bir Anzarane
Maârif - CASABLANCA

STE PHARMACIE HAMZA
C. ANCA
Lot. Haj faten Rue 6 N° 3 Lot. 64
Casablanca - Tél: 0522 98 10 28

119, شارع بئر انزران - إقامة رمزي, باب (ب) الطابق الثاني - المعاريف - 20100 الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 98 14 67 - 05 22 23 84 84 - 05 22 99 26 53

119, Bd. BIR ANZARANE - Résidence RAMZI - Porte B 2ème Etage - Maârif - 20100 CASABLANCA

Tél.: 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 - 05 22 99 26 53 - E-mail : carioujoelle@yahoo.fr