

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

aire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

die et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

(22461)

Matricule : 5197

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : REDOUANI BATHJA

Date de naissance : 09/07/1959

Adresse : 12, Rue N'ARMENIERES

USA

Tél. : 0661424863 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/01/2020

Nom et prénom du malade : REDOUANI BATHJA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hypothyroïdie + Anémie ferriprive

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

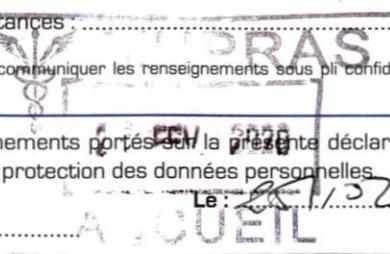
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 15/01/2020



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
07/01/20	Consultation	1	200,-	 Dr. LAHOU Amine Mek 30, Bd. Ahoual - Casablanca INP = 091089359

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	
	
	
	
	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

The diagram shows a dental arch with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. Arrows indicate movement directions: a vertical arrow pointing upwards at the top center, a horizontal arrow pointing to the left at the bottom center, and a diagonal arrow pointing upwards and to the left at the bottom left corner.

COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>
COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DATE DU DEVIS	<input type="text"/>

Docteur Lahlou A. Mekki

Diplômé de Diabétologie

Diplômé de Diététique et Nutrition

Certificat de médecine micro-nutritionnelle fonctionnelle

Médecin hypnothérapeute

Médecin Expert Assermeté

Membre du Collège National des médecins nutritionnistes

Membre fondateur et Président du collège des hypnothérapeutes du Maroc

الدكتور لحلو أمين مكري

شهادة جامعية في الأمراض السكرية

شهادة جامعية في طب الحمية والتغذية

شهادة في علم التغذية الدقيقة الوظيفية

طبيب معالج بالتنويم المغناطيسي

طبيب خبير محلف

عضو في الكلية الوطنية لأطباء الحمية والتغذية

عضو مؤسس ورئيس كلية المعالجين بالتنويم المغناطيسي في المغرب

الدار البيضاء 07/01/2020

Dr. REDOUANI B. Mekki

11 Lavo Hypnox

75 mcg 1x p.s.r o 6 Nov (Six) =

24 D-ame 25000 UI
1Acep 115f x 3 Nis (Trois).

دكتور لحلو أمين مكري
Dr. LAHLOU Amin Mekki
30, Bd. Anoual - Casablanca
Tél.: 022.86.11.22

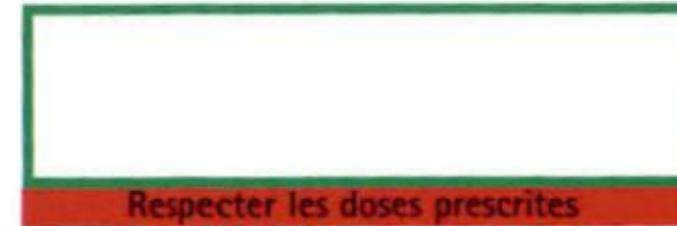
SN :
PC :
Lot :
Exp :
10/2021

03400930121405
26268220
53716837



Titulaire de l'AMM :
Merck Santé s.a.s.
37 rue Saint-Romain
69379 Lyon cedex 08

Exploitant :
Merck Serono s.a.s.
37 rue Saint-Romain
69379 Lyon cedex 08



Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



CONSIGNE POUVANT VARIER LOCALEMENT > WWW.CONSIGNESETB.FR



3400930121405

MERCK

LEVOTHYROX® 75 µg
comprimé sécable
90 (3 x 30) comprimés sécables

SN :
PC :
Lot :
Exp :
10/2021

03400930121405
26268220
53716837



Titulaire de l'AMM :
Merck Santé s.a.s.
37 rue Saint-Romain
69379 Lyon cedex 08

Exploitant :
Merck Serono s.a.s.
37 rue Saint-Romain
69379 Lyon cedex 08



Respecter les doses prescrites
Liste II - Uniquement sur ordonnance



CONSIGNE POUVANT VARIER LOCALEMENT > WWW.CONSIGNESETBFR.FR



3400930121405

MERCK

LEVOTHYROX® 75 µg

comprimé sécable

90 (3 x 30) comprimés sécables

SNC PH SOUMET C SANTE I
 CAP SANTE I
 CCR 427 (PORTE 23)
 A. ORTHO 94PA85-5307
 94016 CRETEIL CEDEX
 Tel: 0149800314
 N° SIRET: 41874006400013
 Code NAF: 4773Z - FR73418740064
 FRANCE

Page 1 / 1

FACTURE
 N°3269/4328892

Du 13/01/2020

Date de l'échéance 14/01/2020

REDOUANI Bohija
 00
 00000 MAROC

Prescripteur : MEDECIN ETRANGER
 N° AM : 971108659
 N° RPPS : 10100974368
 Opérateur: THI KIEU DUNG V

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
LEVOOTHYROX 75µg Cpr séc Plq PVC/alu/90 3400930121405	PH7	0	1	3,918	2,10%	3,92
N° Ordonnancier : 1589384						
Honor. dispens. HD7	HD7	0	1	0,999	2,10%	1,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50
Honor. dispens. HDE	HDE	0	1	3,500	2,10%	3,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
8,91	2,1% (4)	0,19	9,10
Total HT		Total TVA	Total TTC
8,91		0,19	9,10

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	9,10

Mode(s) de règlement	
Espèces	9,10
Reste dû	0,00
Montants exprimés en Euros	

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

SNC PHARMACIE SOUMET
 CCR 427-94016 CRETEIL CEDEX
 01.49.80.03.14. - Fax: 01.49.80.03.10

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2,1

137//1/FACTURATION/FACTURE/AARM/N/AAMU/N/AANJ/2.10.2.1.R2-77/0/B17/0106-R2 /518919

CAP II PH SOUMET
 . SELARL CAP SANTE II
 CCR 314 (PORTE 26)
 94014 CRETEIL CEDEX
 Tel: 0149801077
 N° SIRET: 45207447900018
 Code NAF: 4773Z - FR04452074479
 FRANCE

Page 1 / 1

FACTURE

N°2244/1597543

Du 13/01/2020

Date de l'échéance 14/01/2020

ETRANGER
 1
 94000 CRETEIL

Prescripteur : C H I CRETEIL _

N° AM : 940000573

N° RPPS : 10005168439

Opérateur: ZINEB A

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
LEVOTHYROX 75µg Cpr séc Plq PVC/alu/90 3400930121405	PH7	0	1	3,918	2,10%	3,92
N° Ordonnancier : 731126						
Honor. dispens. HD7	HD7	0	1	0,999	2,10%	1,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50
Honor. dispens. HDE	HDE	0	1	3,500	2,10%	3,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
8,91	2,1% (4)	0,19	9,10
Total HT		Total TVA	Total TTC
8,91		0,19	9,10

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	9,10

Mode(s) de règlement Règlements multiples (Espèces)	9,10
---	------



Reste dû

0,00

Montants exprimés en Euros

C.C.R. 314-94014 CRETEIL CEDEX

Tél: 01 49 80 10 77 - Fax. 01 43 99 93 11

pharmacie.soumet@gmail.com

942016866

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1