

# 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## ologie 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.

## ucation :

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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° P19- 0026253

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5197 Société : 22461

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : REDOUANI BATHIA

Date de naissance : 09/07/1959

Adresse : N° 12, Rue D'ARMENIE EMAN

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 : H. REDOUANI Bathia Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Hypertension + 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 :


Le : 08/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*



### 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
07/01/20	C ord	✓	200,-	 <b>Dr. LAHLOU Amine Mek</b> 30, Bd. Anoual - Casablanca Tél : 022 88 11 22 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 Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

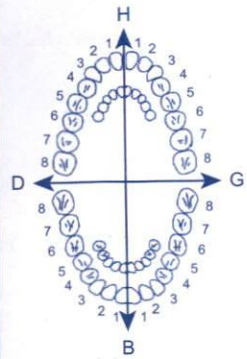
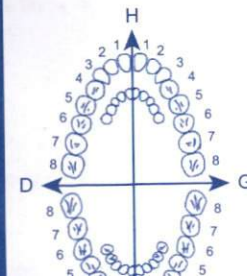
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
																		



**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 مكّي**

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

Casablanca le 07/09/2020 - الدار البيضاء

Dr. REDOUANI Boudja

1/ Lero Hyrox

75 mg 1x

psr 06 Nov (Six).

2/ D-cine 25000 UI

1 Aceq 1157 x = 3 Nov (Trois).

الدكتور لحلو أمين مكّي  
Dr. LAHLOU Amine Mekki  
30, Bd. Anoual - Casablanca  
Tél.: 022.86.11.22



EXP  
Lot  
PC:  
SN:

10/2021  
26268220  
03400930121405  
5371168537



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



CONSIGNE POUVANT VARIER LOCALEMENT > WWW.CONSIGNESDETRE.FR



3400930121405

**Respecter les doses prescrites**

Liste II – Uniquement sur ordonnance

**MERCK**

**LEVOTHYROX® 75 µg**

comprimé sécable

90 (3 x 30) comprimés sécables



EXP  
Lot  
PC:  
SN:

10/2021  
26268220  
03400930121405  
5371168537



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



CONSIGNE POUVANT VARIER LOCALEMENT > WWW.CONSIGNESDETRE.FR



3400930121405

**Respecter les doses prescrites**

Liste II – Uniquement sur ordonnance

**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
LEVOTHYROX 75µg Cpr séc Plq PVC/alu/90 3400930121405 N° Ordonnancier : 1589384	PH7	0	1	3,918	2,10%	3,92
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  
 AGREE ORTHOPEDIE  
 Tel. 01 49 80 03 14 - Fax: 01 49 80 03 16

(u) indique les quantités unitaires

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



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 N° Ordonnancier : 731126	PH7	0	1	3,918	2,10%	3,92
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
<b>Total HT</b>		<b>Total TVA</b>	<b>Total TTC</b>
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

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

CAP II PH SOUMET  
 . SELARL CAP SANTE II  
 C.C.R. 314-94014 CRETEIL CEDEX  
 Tél: 01 49 80 10 77 - Fax: 01 43 99 93 11  
 pharmacie.soumet@gmail.com  
 942016866

(u) indique les quantités unitaires

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