



# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
22/06/2020	Centrale pour prothèse	150 —	Praticien et signature de Médecin ou Chirurgien ORL de la Faculté de Médecine de Paris et le paiement des Actes
			Clinique HARTMANN 26 boulevard Victor Hugo 92200 Neuilly-sur-Seine Tél 01 80 88 30 20 RPPS 10001570638

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MARC MIGNON Christophe MIGNON 7 Avenue Marceau - 75116 PARIS Tel : 01.47.20.83.52 - Fax : 01.47.20.31.90 75203897	23/06/2020	92,21€

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX
				<input type="text"/>



CENTRE ORL MAILLOT  
CHIRURGIE DU  
COU ET DE LA FACE



Centres Médico Chirurgicaux  
Ambroise Paré, Pierre Cherest, Hartmann

P19 - 0027062  
Professeur Sébastien ALBERT  
CHIRURGIEN CERVICO-FACIAL, ORL

3

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS  
ANCIEN PRATICIEN HOSPITALIER DES HOPITAUX DE PARIS

**CLINIQUE HARTMANN**

26 Bd Victor Hugo, 92200 Neuilly-sur-Seine

Secrétariat : **0180883020**

adresse sécurisée APICRYPT :

*Sebastien.ALBERT@medical92.apicrypt.org*

N°RPPS : 10001570638

N°AM : 92 1 051736

**Le 22/06/2020**

**Monsieur JABRI Mohammed**

Né le 30/12/1944

Je soussigné, Pr sébastien ALBERT, certifie avoir vu ce jour en consultation Monsieur JABRI Mohammed afin de réaliser un contrôle post opératoire indispensable avant son retour au Maroc.

Certificat établi le 22/06/2020 pour faire valoir ce que de droit.

**Professeur ALBERT**

Professeur Sébastien ALBERT  
Chirurgie ORL de la Face et du Cou  
Clinique HARTMANN  
26 boulevard Victor Hugo  
92200 Neuilly-sur-Seine  
Tél 01 80 88 30 20  
RPPS 10001570638

Exemplaire à conserver

Médecin membre d'une association agréée par l'administration fiscale acceptant à ce titre le règlement des honoraires par carte bancaire ou chèques libellés à mon nom

819-0027062  
②

Docteur Jean ABITBOL

Chevalier de la Légion d'Honneur

Ancien Interne - Ancien Chef de Clinique Assistant des Hôpitaux à la Faculté de Médecine de Paris  
Oto-Rhino-Laryngologue - Phoniatre - Chirurgie Cervico-Faciale  
Professeur Adjoint ORL Drexel University College of Medicine of Pennsylvania Philadelphia-USA

Membre de la Société Française d'ORL et de Phoniatrie  
Fellow of the Royal Society of Medicine (U.K.)

Corresponding Member of the American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery Foundation

Active membership of the American Laryngological Association

Active membership of the American Broncho-Esophagological Association

Scientific Advisory Board of the International Association of Phono-Surgery

Scientific Advisory Board of the International Society for Laser Surgery and Medicine

Board of Director et Scientific Advisory Board of the Voice Foundation

75 1 37640 1

1 Rue Largilliére-75016 PARIS-FRANCE

TÉL 33 1 46 47 91 89 FAX 33 1 45 27 72 30

Paris, le jeudi 28 mai 2020

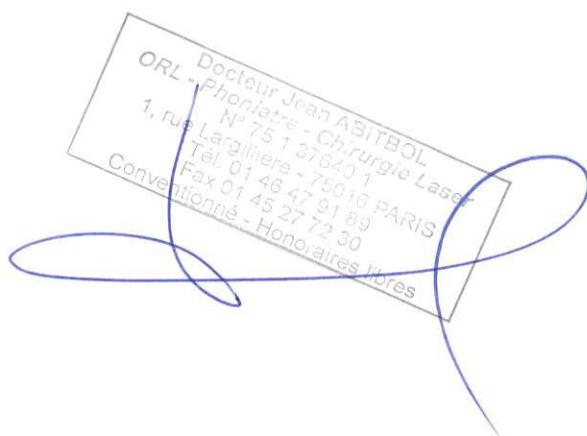
Je soussigné, Docteur Jean ABITBOL, certifie que Monsieur JABRI Mohamed a présenté un cancer de l'oesophage en 2009.

Ce patient a été opéré 3 fois pour un cancer du larynx : le 09/04/2019, le 14/01/2020 et le 18/03/2020.

Monsieur JABRI Mohamed est en rémission complète. De ce fait, je préconise un rappatriement à son domicile où il sera mis en quarantaine comme l'indique le gouvernement marocain.

Je considère que ce rappatriement est indispensable car l'aspect psychologique est un élément fondamental pour la guérison.

Dr Jean ABITBOL





CENTRE ORL MAILLOT  
CHIRURGIE DU  
COU ET DE LA FACE



Centres Médico Chirurgicaux  
Ambroise Paré, Pierre Cherest, Hartmann

RDG - 0027062

Professeur Sébastien ALBERT

CHIRURGIEN CERVICO-FACIAL, ORL

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

ANCIEN PRATICIEN HOSPITALIER DES HOPITAUX DE PARIS

**CLINIQUE HARTMANN**

26 Bd Victor Hugo, 92200 Neuilly-sur-Seine

Secrétariat : 0180883020

adresse sécurisée APICRYPT :

Sebastien.ALBERT@medical92.apicrypt.org

N°RPPS : 10001570638

N°AM : 92 1 051736

**Le 22/06/2020**

**Monsieur JABRI Mohammed**

Né le 30/12/1944

Je soussigné, Pr sébastien ALBERT, certifie que Monsieur JABRI Mohammed a présenté en 2009 un cancer de l'oesophage guéri et é été récemment opéré d'un cancer du larynx en mars 2020.

Il est impératif à son arrivée au Maroc, en raison de son état de santé fragile, que tout soit mis en place afin d'éviter ou de raccourcir au maximum la mise en quatorzaine dont les conditions ne seraient pas optimales dans sa situation. Je lui prescris également un test PCR Covid-19 à réaliser dans le cadre de son retour au Maroc qu'il pourra vous présenter.

Certificat établi le 22/06/2020 pour faire valoir ce que de droit

**Professeur ALBERT**

Professeur Sébastien ALBERT  
Chirurgie ORL de la Face et du Cou  
Clinique HARTMANN  
26 boulevard Victor Hugo  
92200 Neuilly-sur-Seine  
Tél. 01 80 88 30 20  
RPPS 10001570638

Exemplaire à conserver

Médecin membre d'une association agréée par l'administration fiscale acceptant à ce titre le règlement des honoraires par carte bancaire ou chèques libellés à mon nom



CENTRE ORL MAILLOT  
CHIRURGIE DU  
COU ET DE LA FACE



Centres Médico Chirurgicaux  
Ambroise Paré, Pierre Cherest, Hartmann

P19-0027062  
Professeur Sébastien ALBERT

CHIRURGIEN CERVICO-FACIAL, ORL

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

ANCIEN PRATICIEN HOSPITALIER DES HOPITAUX DE PARIS

**CLINIQUE HARTMANN**

26 Bd Victor Hugo, 92200 Neuilly-sur-Seine

Secrétariat : 0180883020

adresse sécurisée APICRYPT :

Sebastien.ALBERT@medical92.apicrypt.org

N°RPPS : 10001570638

N°AM : 92 1 051736

**Le 22/06/2020**

**Monsieur JABRI Mohammed**

Né le 30/12/1944

**ESOMEPRAZOLE (magnésium) 40 mg cp gastrorésis (INEXIUM)**

1 comprimé par voie orale le soir, pendant 3 mois

NR

**BICARBONATE DE SODIUM 267 mg + SODIUM ALGINATE 500 mg susp buv sach (GAVISCONELL Ment Ss sucre)**

1 sachet par voie orale le matin, le midi et le soir, pendant 3 mois

**BUDESONIDE 400 µg/dose pdre p inhal (PULMICORT TURBUHALER)**

1 inhalation par voie inhalée le matin et le soir, pendant 1 mois

**LEVOTHYROXINE SODIQUE 150 µg cp (LEVOTHYROX)**

1 comprimé par voie orale le matin, pendant 3 mois

**Professeur ALBERT**

Professeur Sébastien ALBERT  
Chirurgie ORL de la Face et du Cou  
Clinique HARTMANN  
26 boulevard Victor Hugo  
92200 Neuilly-sur-Seine  
Tél. 01 80 88 30 20  
RPPS 10001570638

Exemplaire à conserver

Médecin membre d'une association agréée par l'administration fiscale acceptant à ce titre le règlement des honoraires par carte bancaire ou chèques libellés à mon nom

PHARMACIE MARCEAU  
7, avenue MARCEAU  
75116 PARIS  
752039974  
Tel : 0147208352  
INSEE:  
24 av marceau

Fact. Num. : 170087  
Date Fact. : 23/06/2020  
Date Ord. : 22/06/2020  
Medecin: ALBERT Sébastien  
Code Op: 4  
Malade: JABRI Mohamed  
75116 PARIS

QTE	DESIGNATION	CIP	Prix/U	BaseSS	HD	TxSS
1	ESOMEPRAZOLE 40M G BIOL 28 GELULE	3400949718870	5,03	-	1,02	0
1	PULMICORT 400MCG TURBUH 100D	3400933747879	26,32	-	1,02	0
1	LEVOTHYROX 150µg Cpr séc P1g/90 P	3400930121467	7,72	-	1,02	0
4	GAVISCONELL Susp buv ment s sucre	3400933851767	11,50	-		0
1	Honor. dispens. HDR		0,51	-		0
1	Honor. dispens. HDE		3,57	-		0

MONTANT TOTAL : 92,21 MONTANT AMO : 0,00  
MONTANT AMC : 0,00 MONTANT ASSURE : 92,21  
Ces montants s'entendent ayant application, le cas échéant,  
de la franchise prévue à l'article L. 321-2 du code de la  
sécurité sociale et indiquée sur le relevé de prestations.

Elle a été délivrée à  
161, 74-30-26-30-50  
03300 MARNE LA VALLEE  
Le pharmacien a délivré la facture  
après vérification de la  
conformeité de la facture au bon  
équipement et au bon état.

joindre la prescription  
sauf si renouvellementfeuille de soins  
pharmacien ou fournisseur

n° versé de facture (facultatif)

002706270087

23062020

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale  
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

## PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom

JABRI Mohamed

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

J J M M A A A A

1

code de l'organisme de rattachement  
en cas de dispense d'avance des frais  
(à remplir par le pharmacien ou  
le fournisseur)

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

## ADRESSE de L'ASSURE(E)

24 av marceau 75116 PARIS

## IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

MIGNON Christophe

10000648963

## PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

PHARMACIE MARCEAU  
7, avenue MARCEAU  
75116 PARIS  
752039974

## IDENTIFICATION de la STRUCTURE

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

## IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom ALBERT Sébastien

identifiant

raison sociale

n° de la structure  
(AM, FINESS ou SIRET) 921051736

## CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 22062020 date de l'accord préalable (le cas échéant)

XX MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

 SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1  
(cf. la notice au verso : § précédé de "\*" et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

XX

oui

date

J J M M A A A A

AT/MP	numéro					ou		date	J J M M A A A A
<b>PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES</b>									
tarification détaillée	Prest CIP/Ref.LPP(Ut)	Homeo Decon- c. lab dition.	Qte	PU	Mt Fact	Libelle	Nb btes Mod. utili.	Indic. presc Subst.	Date debut loc fin loc
PH7	3400949718870		1	5,03	5,03	ESOMEPRAZOLE 40MG BIOG			
HD7			1	1,02	1,02	Honor. dispens. HD7			
PH7	3400933747879		1	26,32	26,32	PULMICORT 400MCG TURBU			
HD7			1	1,02	1,02	Honor. dispens. HD7			
PH7	3400930121467		1	7,72	7,72	LEVOTHYROX 150µg Cpr s			
HD7			1	1,02	1,02	Honor. dispens. HD7			
PHN	3400933851767		4	11,50	46,00	GAVISCONELL Susp buv m			
HDR			1	0,51	0,51	Honor. dispens. HDR			
HDE			1	3,57	3,57	Honor. dispens. HDE			

imprimer les codes à barres

coller les étiquettes de la liste

des produits et prestations

dans l'ordre de la prescription

## PAIEMENT

MONTANT TOTAL  
en euros

9 2 , 2 1

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien  
ou du fournisseur

MIGNON Christophe

signature de  
l'assuré(e)impossibilité  
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

## feuille de soins - médecin

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale  
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerreP 19 - 0027062  
date 22 06 2020 A

## PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

## PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom

JABRI Mohamed

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

J J M M A A A A

code de l'organisme de rattachement  
en cas de dispense d'avance des frais  
(à remplir par le médecin)

## ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

## ADRESSE DE L'ASSURE(E)

## IDENTIFICATION DU MEDECIN

Docteur Sébastien ALBERT  
11 - ORL

Conventionné

## IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

CLINIQUE HARTMANN  
26 Boulevard Victor Hugo  
92200 NEUILLY SUR SEINE

n°AM

=&gt; 92 1 051736 00 3 31 0 11

## MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

## CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

## MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1  
(cf. la notice au verso : § précéde de "..." et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD      action de prévention      autre

accident causé par un tiers :      non      oui      date J J M M A A A A

## MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement J J M M A A A A

## AT/MP

numéro

ou

date J J M M A A A A

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous

nom et prénom du médecin :

(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

accès direct spécifique

urgence

hors résidence habituelle

médecin traitant remplacé

accès hors coordination

## ACTES EFFECTUÉS

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A)

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	1	dépass.	frais de déplacement
							I.D. 2 M.D.	I.K. nbre montant 3
22/06/20				APV				
	Professeur Sébastien ALBERT							
	Cirurgie ORL de la Face et du Cou							
	Clinique HARTMANN							
	26 boulevard Victor Hugo							
	92200 Neuilly-sur-Seine							
	Tél 01 80 88 30 20							
	RPPS 10001570638							
	PAIEMENT							

MONTANT TOTAL  
en euros (1+2+3)

150-

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du médecin  
ayant effectué  
l'acte ou les actessignature de  
l'assuré(e)impossibilité  
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.