

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

Conditions 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.

Diagnostic 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.

Optique :

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

Rééducation :

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.

Dentaire :

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.

Maladie 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.



Déclaration de Maladie

N° M20- 0000948

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9751 Société : R.A.M.

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : QUADRY AZIZ

Date de naissance : 10/03/1992

Adresse :

Tél. : 06 22 35 30 04 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux
	H		Montant des soins
	25533412	21433552	
	00000000	00000000	
	00000000	00000000	
	D	G	
	35533411	11433553	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis
			Fin de

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-403145	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-403145

DATE DE DEPOT

.../.../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	Mle
Nom & Prénom	
Fonction :	Phones
Mail	

MEDECIN	Prénom du patient	ADRY AZIZ
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	58
Nature de la maladie	Date	17/12/20

Arthrose cervicale + NC Brachiale G

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C		G

PHARMACIE	Date	17.12.2020
Montant de la facture	649.00	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES	Date :
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX	Date :			
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	



Dr. HASSAN ATLAGH

Ancien Médecin aux Hôpitaux Militaires
Ancien médecin aux Hôpitaux du Koweït

Medecine Générale

مركز الأمل

الدكتور حسن أتلغ

طبيب سابق بمستشفيات الكويت
طبيب سابق بالمستشفيات العسكرية بالمغرب
الطبيب العام



Ordonnance Médicale

وصفة طبية

Casablanca, le:

17-12-20

الدار البيضاء في

Nom et Prénom :

QUADRY AZIZ

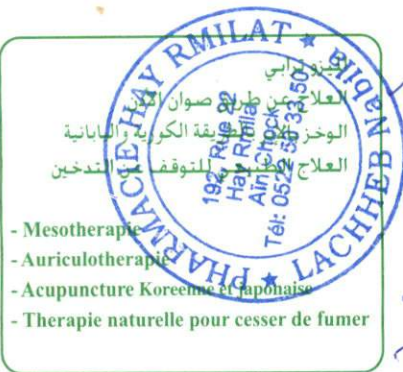
الإسم

Lot : DS04/20
DLC : 04/2023
P.P.C : 79,00 DH

LOT : AN008
PER : 11/2023
PPC : 190 dhs

LOT : AN008
PER : 11/2023
PPC : 190 dhs

LOT : AN008
PER : 11/2023
PPC : 190 dhs



دبلوم جامعي في التغذية

Diplôme Universitaire
en Nutrition

العلاج النفسي - علاج التقبل والالتزام
Psychotherapie par ACT
(Therapie d'acceptation
et d'engagement)

إدارة الضغوط النفسية
خبير في إدارة الضغوط من باريس
Gestion du Stress
Expert en Gestion du Stress - Paris

Dr. Hassan A.
Médecine Générale
1007 Av. 2 Mars Hay Moulay Abdellah - Casablanca - Tél : 0522 871 872

1007 شارع 2 مارس حي مولاي عبد الله الدار البيضاء - الهاتف : 0522 871 872

1007, Av. 2 Mars Hay Moulay Abdellah - Casablanca - Tél : 0522 871 872

E-mail : drhassan1963@gmail.com / www.asthme-reality.com