

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

Radiologie 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 canalaire, 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 canalaire.

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.



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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9579

Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ATYA KHALIL

Date de naissance : 19/03/68

Adresse : Habituelle

Tél. : 0661 699 699

Total des frais engagés : 349,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DOCTEUR Jamila CHALLOT
Pédiatre
Bd Ibn Sina Hay Hassani
Groupe Résidentiel Al Baraka
GH 12 tm 144 - Casablanca
10 05 22 91 64 11

Date de consultation : 14/12/2019

Nom et prénom du malade : ATYA Ahmed

Age : 11 Ans

Lien de parenté : Lui-même

Enfant

Nature de la maladie : Vaccinat

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Jam

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 : CASA

Le : 16/12/2019

Signature de l'adhérent(e) :

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
14/12/19	CD	900,00	900,00	INP : PB 1040352 Docteur Jamila CHALLOT Pédiatre Bd. Ibn Sina Hay Hassan Groupe résidentiel Al Baraka CH 12 Im 144 - Casablanca 05 22 91 64 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR HASSAN DADDI KHEIRI SAIDI KHEIRI Bd Hassan 241 Groupe résidentiel Al Baraka	14/12/19	149,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

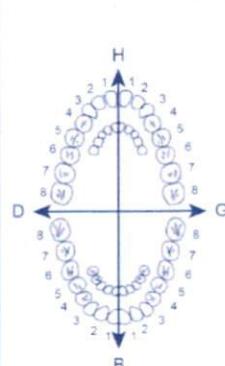
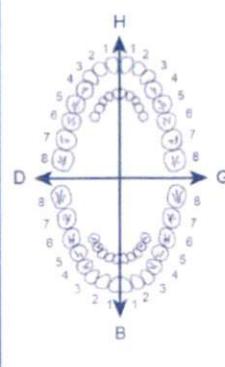
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

	CŒFFICIENT DES TRAVAUX							
	MONTANTS DES SOINS							
	DEBUT D'EXECUTION							
	FIN D'EXECUTION							
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX							
	MONTANTS DES SOINS							
	DATE DU DEVIS							
	DATE DE L'EXECUTION							
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE						
		<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552							
00000000	00000000							
35533411	11433553							
		<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION								

Dr. Jamila CHALLOT

Spécialiste en pédiatrie

Homeopathie

Ex- Pédiatre attachée au CHU Ibn Rochd

Ex- Pédiatre à l'Hôpital Sekkat Aïn-Chock

Casablanca



الدكتورة جميلة شلوط

اختصاصية في أمراض الأطفال و الرضع

الطب المثلث

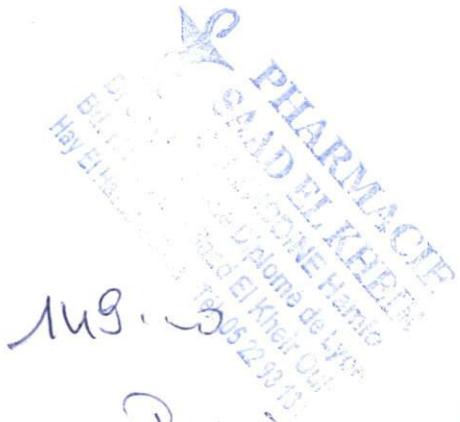
طبيبة أطفال سابقاً بالمركز الإستشفائي ابن رشد

طبيبة أطفال سابقاً بمستشفى السقطاط - عين الشق

الدار البيضاء

Casablanca. le 14 DEC. 2019

ATYA Ahmed.



Einix

1 dose



Docteur Jamila CHALLOT
Pédiatre
Bd. Ibn Sina Hay Hassani
Groupe Résidentiel Al Barraka
GH 12 Im 144 Casablanca
Tél.: 05 22 91 64 11

Bd. Ibn Sina, Groupe Résidentiel Al Barraka, GH 12L144, RDC (en face de la cité de police). Hay Hassani - Casablanca

Tél.: 0522.91.64.11 - Urgence: 0660.72.41.80 - E-mail: chalot.jamila@gmail.com