

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.

diologie 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.

tique :

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

éducation :

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.

entaire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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° P19- 058944

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8986 Société : Ram

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Serbouti Abdelkarim

Date de naissance : 15/07/1988

Adresse : Tranche 18 Imm 23 n° 14 ATTACHANAU/2

Tél : 066131479 Total des frais engagés : 4,20 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) :



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/11/20	84,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

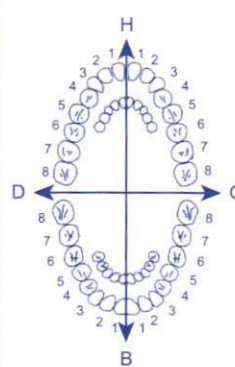
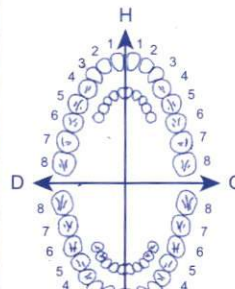
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX		
					MONTANTS DES SOINS	
				DEBUT D'EXECUTION		
				FIN D'EXECUTION		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS				
					DATE DU DEVIS	

صيدلية سحنون

PHARMACIE SAHNOUN

SAHNOUN FATIHA

Docteur en Pharmacie



FACTURE

Nº 101220

Casablanca le : 20/11/20 Mr. SED BouTi Abdel Kader

Quantité	Désignation	Prix U.	Prix T.
01	Keto Derm gl	84.20	
cette facture Annule a la somme de 84.20 DH			
Pharmacie SAHNOUN Dr. Fatiha SAHNOUN Bd. Med Zefzaf Hay Moumen 11 Tél: 0522 70 00 31 - M.E: 02051762			

Kétoderm® 2%, gel en sachet

Kétoconazole

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Ketoderm 2% gel b8 sachet
P.P.V : 84,20 DH



Veillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice, Vous pourriez avoir besoin de la relire.
 - Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
 - Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
 - Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice :

- 1 Qu'est-ce que KETODERM 2 %, gel en sachet et dans quels cas est-il utilisé ?
- 2 Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser KETODERM 2 %, gel en sachet ?
- 3 Comment utiliser KETODERM 2 %, gel en sachet ?
- 4 Quels sont les effets indésirables éventuels ?
- 5 Comment conserver KETODERM 2 %, gel en sachet ?
- 6 Informations supplémentaires.

1 QU'EST-CE QUE KETODERM 2 %, gel en sachet ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

Ce médicament est un antifongique à usage local.

Ce médicament est un gel moussant antifongique (*médicament traitant les infections dues à un champignon microscopique*) pour application locale (*peau et/ou cuir chevelu*).

Il est destiné à traiter la dermite séborrhéique de l'adulte et de l'adolescent : rougeur et desquamation de la peau (*chute de la couche superficielle de la peau*) ou du cuir chevelu (*pellicules*).

2 QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER KETODERM 2 %, gel en sachet ?

N'utilisez jamais KETODERM 2 %, gel en sachet:

- Si vous êtes allergique à la substance active (kétoconazole) ou à l'un des autres composants contenus dans KETODERM 2 %, gel en sachet mentionnés dans la rubrique 6.

Mises en garde et précautions d'emploi

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant d'utiliser KETODERM 2 %, gel en sachet.

Faites attention avec KETODERM 2 %, gel en sachet :