

# 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 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.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 0043062

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11033 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AIT SAID AFAF

Date de naissance : 11/04/1976

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 447,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Dr. Zineb GUESSOUS

Dermatologie - Cosmétique

Centre Commercial Nador - 10000

Bd Brahim Roumani - Casablanca

Tel : 05 22 20 45 45 Fax 05 22 22 78 18

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Arie

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) : ACCUEIL SIEGE RAM

# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 28/11/2020      | C                 |                       | 3000                            | <i>[Signature]</i>                                             |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |

Dr. Zineb GUESSOU

Odontologie - Cosmétologie  
Centre Commercial Nador - IMB 2  
Boulevard de l'Indépendance - Casablanca  
Tel: 05 22 98 17 95 - Fax: 05 22 98 17 96

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|----------------------------------------|----------|-----------------------|
| <i>[Signature]</i>                     | 28/01/20 | 147,00                |
|                                        |          |                       |
|                                        |          |                       |
|                                        |          |                       |
|                                        |          |                       |
|                                        |          |                       |
|                                        |          |                       |

# 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 de l'...

| 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 | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td></td> </tr> </table> |                                          | H                                       | H                                            | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                           | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | H                                        |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 21433552                                 |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 00000000                                 |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | G                                        |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 00000000                                 |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 11433553                                 |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                  |                                          | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                          | DATE DU DEVIS <input type="text"/>      |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Zineb GUESSOUS

Diplômée de la Faculté de Médecine de Montpellier

## SPECIALISTE

Maladies de la peau - du cuir Chevelu et  
maladies sexuellement transmissibles

Esthétique, Cosmétologie

Diplôme de Cancérologie Cutanée

Diplôme de Diététique Médicale et Diabetologie

Diplôme de Laser

HYPNOSE MEDICALE



# الدكتورة زينب جيسوس

خريجة كلية الطب بمونبليي

اختصاصية

في أمراض الجلد و الشعر و الأمراض الزهرية

علم التجميل و جراحة الجلد

العلاج بالليزر

Casablanca, le 28-1-2020. في الدار البيضاء،

Othman Med Jad

9800 - Alcaicril pour la toilette

28000 - Mycodeur poudre entre les orteils  
le matin

14700  
visage

- Schicar gel pour la toilette M-Soir

- Schicar crème régulateur le mat.

- Topicream AC le soir

Dr. Zineb GUESSOUS  
Dermatologie - Cosmétologie  
Centre Commercial Nadia - IMM 2  
Brahim Roudani - Casablanca  
Tél: 05 22 98 17 96 - Fax: 05 22 98 17 96

المركز التجاري نادية - شارع إبراهيم الروداني (مابقا طريق الجديدة) - عمارة 2 رقم 4 الطابق الأول - طرامواي - بوسجور - الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 98 17 96 / 05 22 98 17 95 / الفاكس: 05 22 98 17 96

Centre Commercial Nadia - BD. Brahim Roudani (Ex route El Jadida) - Imm. 2 n°4 1er étage - Tram: station Beauséjour - Casablanca

Tél: 05 22 98 17 95 / 05 22 98 17 96 - Fax: 05 22 98 17 96

E-mail: drzinebguessous@gmail.com

## 1. DENOMINATION :

**MYCODERME® 1 %**

Flacon d

DCI : Nitrate d

**RME® 1%**

LOT: 08219018

PER: 06-2024

PPV: 49,00 DH

**Veuillez lire attentivement cette notice.**

Flacon de 30 g

Gardez cette notice, vous pour

Si vous avez toute autre ques

demandez plus d'information à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

**2. COMPOSITION DE MYCODERME® 1 % Poudre dermique****Composition en substance active**

La substance active est le nitrate d'éconazole

**MYCODERME® 1% Poudre dermique** : chaque flacon de 30 g contient 0,3 g de nitrate d'éconazole.**Composition en excipients**

Les autres composants sont :

|                                 |                |
|---------------------------------|----------------|
| Acide borique .....             | 3 g            |
| Oxyde de zinc .....             | 4,5 mg         |
| Stéarate de magnésium .....     | 0,6 g          |
| Silice colloïdale anhydre ..... | 0,9 g          |
| Talc .....                      | q.s.p. 30,00 g |

**LISTE DES EXCIPIENTS À EFFET NOTOIRE**

Ce médicament contient de l'acide borique.

**3. CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE OU TYPE D'ACTIVITE****MYCODERME® 1 % Poudre dermique** fait partie d'un groupe de médicaments appelés dérivés de l'imidazole doué d'une activité antifongique et antibactérienne.**4. INDICATIONS THERAPEUTIQUES**

Ce médicament contient un antifongique (actif contre les champignons) de la famille des imidazolés.

Ce médicament est préconisé dans le traitement de certaines mycoses (affections cutanées dues à des champignons).

**Candidoses :**

Traitement de mycose des plis macérées : intertrigo génital, sous-mammaire, interdigital.

Dans certains cas, il est recommandé de traiter simultanément le tube digestif.

**Dermatophyties :**

Traitement :

Intertrigo macéré génital et crural.

Intertrigo des orteils.

**ALC  
AN**

63 07 22  
LOT PER  
Prix 98,00

**ALCASTERIL** est un soin lavant destiné à la toilette des peaux et

Qualité hypoallergénique : conçu pour les personnes allergiques.

### PROPRIÉTÉS :

**ALCASTERIL**, grâce à son principe actif, est un produit adéquat pour l'hygiène intime en adjuvant des traitements anti-mycosiques.

**ALCASTERIL** calme les démangeaisons et les irritations. Ses actifs très doux permettent un lavage quotidien des muqueuses et des peaux sensibles.

La Bardane est reconnue pour ses propriétés adoucissantes et calmantes des irritations.

**ALCASTERIL** est un soin purifiant anti-odeurs. Il laisse une odeur agréable sur les muqueuses et la peau.