

# 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 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.



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0023829

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9436 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL MEQDIME Housseine

Date de naissance : 05-08-1960

Adresse : ADRESSE HABITUELLE

Tél. : 0653605234 Total des frais engagés : 49,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL MEQDIME Oumaima Age : 24ans

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

Nature de la maladie : Poudre ante-greynat (ACAAT LIBRE)

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Casablanca Le : 27 / 07 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

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

La 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



# 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 Fourisseur	Date	Montant de la Facture
	27-07-23	49,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

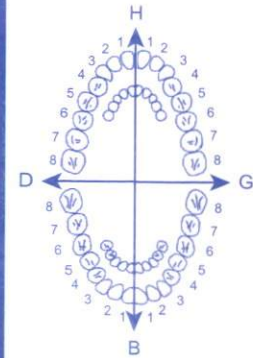
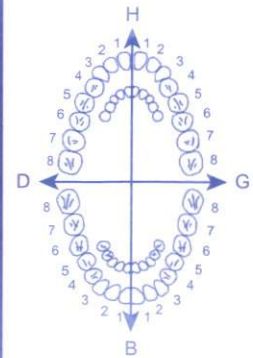
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				CCEFFICIENT 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	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	25533412	21433552														
	D	00000000	00000000														
	G	00000000	00000000														
	B	35533411	11433553														
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				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

09/203026

STE PHARMACEUTICALS  
CASABLANCA  
Lot: Hefatouh Rue 6 N° 3 Lot 64  
Tél: 05 22 93 10 28

Le 27-07-2023  
Facture N° 37

M. EL MEQDANE  
Lhoussine

Quantité	Désignation	P. Unit.	P. Total
01	Mycoderme	49,00	49,00
			49,00

STE PHARMACEUTICALS  
CASABLANCA  
Lot: Hefatouh Rue 6 N° 3 Lot 64  
Tél: 05 22 93 10 28



NOTICE: INFORMATION POUR L'UTILISATEUR  
1. DENOMINATION :

**MYCODERME® 1 % Poudre dermique**  
**Flacon de 30 g**  
**DCI : Nitrate d'éconazole**

Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez toute autre question demandez plus d'information à votre médecin.

Ce médicament vous a été donné, ne donnez jamais à quelqu'un d'autre, identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables remarquez un effet indésirable parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

2. COMPOSITION DE MYCODERME® 1 %

Composition en substance active

La substance active est le nitrate d'éconazole.

**MYCODERME® 1 % Poudre dermique**

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.

5. POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

Pour USAGE EXTERNE UNIQUEMENT : il s'applique directement sur la peau.

Respectez bien les étapes suivantes pour l'application :

Nettoyez la zone atteinte ainsi que son contour, puis séchez bien la peau avant l'application.

Appliquez **MYCODERME® 1 % Poudre dermique** sur et autour de la zone atteinte 2 fois par jour.

**PATHOLOGIE**

**DURÉE DE TRAITEMENT**

1 à 2 semaines

2 à 3 semaines  
3 semaines

**MYCODERME® 1%**

**Poudre dermique**  
**Nitrate d'éconazole**

LOT:08223012  
PER:04/2028  
PPU:49,00 DH

Usage externe

Flacon de 30 g

**accidentellement :**

Consultez le médecin afin qu'il vous prescrive un traitement adapté aux effets indésirables qui peuvent survenir suite à cette ingestion.

**Si vous avez accidentellement projeté MYCODERME® 1 % Poudre dermique dans les yeux :**

Lavez à l'eau claire ou avec une solution saline.

Si cela ne suffit pas, consultez un médecin.

6. CONTRE-INDICATIONS :

**N'utilisez jamais MYCODERME® 1 % Poudre dermique:**

Si vous êtes allergique (hypersensible) à la substance active ou à l'un des composants contenus dans ce médicament. Vous trouverez la liste à la rubrique 2.

En raison de la présence d'acide borique, ce médicament est contre-indiqué chez l'enfant de moins de 3 ans.

7. EFFETS INDÉSIRABLES :

Comme tous les médicaments, **MYCODERME® 1 % Poudre dermique**, est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

**Les effets indésirables fréquents (1 à 10 utilisateurs sur 100) sont :**

- démangeaisons,
- sensation de brûlure,
- douleur au site d'application.

**Les effets indésirables peu fréquents (1 à 10 utilisateurs sur**

pendant toute la durée du  
assité du traitement.  
ez un médecin.  
1 % Poudre dermique