

## 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.

### Adresses Mails utiles

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-431372

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☒ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

160+270 € 430 €

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 charte 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
27.02.20	E		100.00	 <p>Dr. Wolfgang J. Sch Traumatología y Cirugía Orto Colegiado 29 / 086 MÁLAGA</p>
02.03.20	E		60.00	
			160.00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

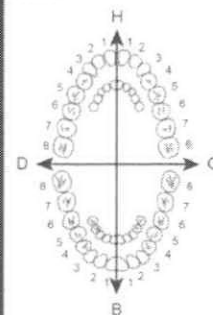
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
C.I.F.: B-93485357 S.L. Avd. Marqués del Duero, 76 - 4ª planta 29070 - SAN PEDRO ALCANTARA	27.02.20	RMN	270€

# AUXILIAIRES MEDICAUX

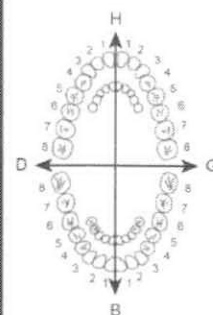
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# VOLET ADHERENT

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



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	1433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**OTS Clinic Marbella/ Torrox**  
**Dr.med.Wolfgang Schmitt, Orthopäde, Traumatólogo**

Tel: 952775443 / 952531823

Colegiado-No 29/08671 N.I.E X-4294547-X

Dr.med.Wolfgang Schmitt, E-29602 Marbella, C. Ramon G.de la Serna 22, Local 602

Herr

Mohamed  
Koun

Domicilio de vacaciones / Urlaubsanschrift

Nacido / Geburtstag : Do, 06.07.1950

Marbella, Torrox, den 02.03.2020

Pagina/Seite 1

**Factura / Rechnung**

Para mi consulta medica  
Für meine ärztlichen Bemühungen

Fecha Datum	Art	Descripcion/Beschreibung	Importe Betrag
27.02.2020	Diagnose	Rupture back horn IM, irritation Menisco tib. ligament, left knee	
27.02.2020	Rechnung	Consultation and Examination	100,00
02.03.2020	Rechnung	Consultation and Examination ( control )	60,00

**EURO Total : 160**

Betrag dankend erhalten





DRN IMAGE Services S. L  
Avda. Marqués Del Duero 76, Pl. 4  
29670 San Pedro Alcántara  
Málaga  
España  
NIF: B93485357

## Dirección postal:

Mohamed Koun

BUD GHANDI  
199  
CASABLANCA  
MARRUECOS

## Artículos

Ref.	Descripción	Uds.	Precio ud.	Dto.	Importe	IVA
	RMN MIEMBROS INFERIORES	1	270,00		270,00	

Albaran: P/20-000472

Paciente: - Mohamed Koun

**PAGADO**

DRN IMAGE SERVICES, S.L.  
C.I.F. B93485357  
Avd. Marqués del Duero, 76 - 4ª planta  
29670 - SAN PEDRO ALCANTARA

## Condiciones

## Resumen

Base imponible

270,00

FACTURA EXENTA DE IVA EN BASE AL  
ARTICULO 20.uno 2º de la LEY 37/1992 DE 28 DE DICIEMBRE

Importe total

270,00

Paciente: Mohamed Koun

Fecha: 01/03/2020

## Prueba

RM DE RODILLA IZQUIERDA

Motivo de petición: Gonalgia en cara anterointerna.

## Técnica

- Se realizan secuencias potenciadas en sagital T1, DP fat sat, DP 3D, coronal T1, DP fat sat, STIR, y axial DP fat sat en equipo de alto campo (1.5T).

## Hallazgos

En el compartimento interno, el menisco presenta una rotura radial en el cuerno posterior y una rotura tipo "flap" a nivel del cuerpo, con desplazamiento del "flap" en el receso menisco-femoral anterior. Estos hallazgos se asocian a un edema en el hueso medular subcondral de la región lateral y anterolateral del cóndilo y la meseta tibial internos, con cambios inflamatorios en las partes blandas adyacentes. No se visualizan defectos condrales significativos.

En el compartimento externo, el menisco presenta una morfología e intensidad de señal normal, sin alteraciones significativas en las superficies condrales.

El ligamento cruzado anterior se visualiza correctamente con integridad de sus fibras. El ligamento cruzado posterior no presenta alteraciones.

Ambos ligamentos colaterales, interno y externo son normales.

Entesofito de tracción en el polo superior de la patela y cambios de tendinosis en el tendón del cuádriceps. Tendón rotuliano de morfología y señal normal. Patela bien alineada, destacando un pequeño foco de edema subcondral en el tercio medio de la cresta patelar, con fisura condral asociada.

Quiste de Baker con eje mayor craneocaudal de 6.5cm, no distendido, con signos de rotura en su zona caudal (disecante), visualizándose líquido disecando el espacio entre el gemelo interno y el plano graso subcutáneo.

## Conclusión

- ROTURA RADIAL DEL CUERNO POSTERIOR Y ROTURA TIPO "FLAP" DEL CUERPO DEL MENISCO INTERNO CON FOCOS DE EDEMA ÓSEO SUBCONDAL EN LA REGIÓN LATERAL DEL CÓNDILO FEMORAL Y MESETA TIBIAL INTERNOS, CON CAMBIOS INFLAMATORIOS EN LAS PARTES BLANDAS ADYACENTES.

- ENTESOFITO DE TRACCIÓN EN EL POLO SUPERIOR DE LA PATELA Y SIGNOS DE TENDINOSIS DEL CUÁDRICEPS.