

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.

Biologie 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.

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.

Prothèse :

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0030919

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8512 Société : ND 42788

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KOUN - Mohamed

Date de naissance : 06/07/50

Adresse : 2029

Tél. : 0661414151 Total des frais engagés : 272,12 € Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

JAI K. DARYANANI
29/2909613

Date de consultation : 18/09/2020

Nom et prénom du malade : 7 DIABETE / H.M. Age :

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

Nature de la maladie : KOUN Mohamed

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 : 05/10/2020

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
18/9/20			65€	JAI K. DARYANANI 29/2909813

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
18855ET22020 CCCC. Monte Halcobas 00radde Ronda Km 1.986 Local 230 296390 - BENI MARIUTS (Marrakech)	19 SET 2020	23,65 € 3,05 1,94 6,03 TOTAL 35,12 €

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CIFRA Ayda, Gomez de la Serna, 29 Edif. Fontanilla 2 29600 Marbella Tlf: 952 76 68 02 fax	23/9/20		172,00 €

AUXILIAIRES MEDICAUX

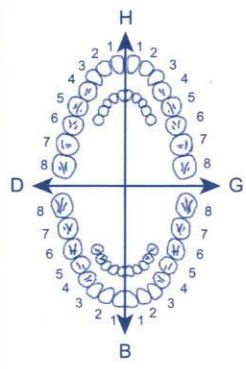
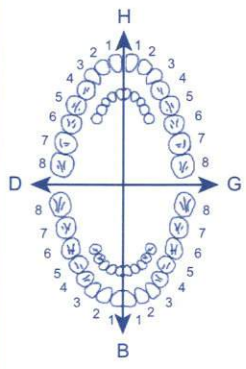
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXE

CLÍNICA DEL RÍO

Mohamed Koun

CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS • MEDICAL SPECIALITIES CENTRE

18/09/2020

Dp1 x Polostop 1 a day
 350E x Dianben 1 every 8 hours
 6103 x Salidur 1 a day
 23165 x CASEN Biotic 1 a day



San Pedro Alcántara

Avda. Marqués del Duero, 76-2ª planta
 (Encima de Farmacia Internacional)

Tel: 952 78 01 35 • Fax: 952 92 78 86
 clinicadelrio@grupo-r2.com

JAI K. DARYANANI

Avda. Litoral, Edif. Playa del Ángel, Local 4
 (Frente Palacio de Ferias)

Tel: 952 80 53 29
 Fax: 952 80 08 41

cdr.estepona@grupo-r2.com

www.clinicadelrio.com



CLÍNICA DEL RÍO

CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS • MEDICAL SPECIALITIES CENTRE

Mohamed Koun

Dpl

Sero logico IgM IgE

PCR COVID 19

18/09/2020

JAI K. DARYANANI
29/2909613

172,00 €

Grp. Diagnósticos Globales, S.A.U.
C/R. A. 59 845 875
Edif. Fontanilla Azul, II
2. 600 Martiella (Málaga)
Tel: 952 76 63 61 Fax: 952 76 63 61

San Pedro Alcántara

Estepona

Avda. Marqués del Duero, 76, 2º planta
(Encima de Farmacia Internacional)

Tel: 952 78 01 35 • Fax: 952 92 78 86

clinicadelrio@grupo-r2.com

Avda. Litoral, Edif. Playa del Ángel, Local 4
(Frente Palacio de Ferias)

Tel: 952 80 53 29

Fax: 952 80 08 41

cdr.estepona@grupo-r2.com

www.clinicadelrio.com

SYNLAB



www.synlab.es

FACTURA EMITIDA POR

SYNLAB DIAGNOSTICOS GLOBALES, S.A.
Verge de Guadalupe, 18
08950 Esplugues de Llobregat (Barcelona)
CIF A59845875

Nº FACTURA: 22202244234
FECHA FACTURA: 28/09/2020

CLIENTE: MOHAMED KOUN.
DIRECCION: HOTEL VACACIONAL
LOCALIDAD: MARBELLA
PROVINCIA:
DNI/CIF: A8609970

IDENTIFICACIÓN MUESTRA: W0379623
FECHA MUESTRA: 28/09/2020

CONCEPTO

ANALISIS
VIP - COVID - PCR (RNCO) + AC (SARS2GA/SARS2MD) (COVID)

IMPORTE
172,00

TOTAL:

172,00 €

Factura Exenta del I.V.A. en virtud de la Ley 37/1992 - Artículo 20.3
Análisis clínicos realizados al paciente.

Synlab Diagnósticos Globales, S.A.L.
CIF: A 59 845 875
Avda. Gómez de la Serna, nº 11
Edif. Fontanillo, 2º planta
29600 Marbella (Málaga)
TIF: 952 76 60 62 Fax: 952 76 63 61

CLINICA DEL RIO
CIF/NIF: B92195486
MARQUES DEL DUERO 76 2ª PLANTA
SAN PEDRO DE ALCÁNTARA - 29670
MALAGA
TELÉFONO: 952780135

Factura N°: 200901067
Fecha de emisión: 18/09/2020

KOUN, MOHAMED

Fecha	Acto Médico	I.V.A.	Cantidad	Descuento	Precio final
18/09/2020	Medicina General Consulta 1ª vez		1.00	0.00	65.00
		Totales factura:	1.00	0.00	65.00
		Tipo IMPUESTO	Base imponible		Total
		EXENTO	65.00		65.00
		Total factura:		65.00	

DRN Health, S.L.
Avda. Marqués del Duero, 76 - 1ª Plta.
29670 San Pedro Alcántara
C.I.F.: B-92.195.486

PAGADO

Factura N°: 200901067
Fecha de emisión: 18/09/2020

Fecha de impresión: 18/09/2020



Nombre: KOUN ., MOHAMED		Nº Laboratorio: W0379623 - 28/09/2020	
Cargo: BIO - PARTICULAR AIE Doctor: -----		KOUN ., MOHAMED Sexo: HOMBRE F. Nac.: 06/07/1950 D.N.I.: A8609970 N° Lab.: W0379623	
Fecha Recepción: 28/09/2020 Fecha Validación: 29/09/2020 Fecha Informe: 30/09/2020 Hora Alta: 10:26	Nº Historia: Nº Referencia: Cama:	Origen: BIO - SYNLAB MARBELLA HOTEL VACACIONAL 29600 - MARBELLA Fecha petición: 28/09/2020	

VIRUS

Anticuerpos IgM anti SARS-CoV-2

Resultado

Interpretación

1,07

Indeterminado

Interpretación de resultados:

Negativo: índice <0,9

Indeterminado: índice 0,9 - 1,1

Positivo: índice > 1,1

Método: Enzimoimmunoanálisis

Resultado comprobado por repetición

Valorar resultado según la clínica del paciente. Se recomienda seguimiento en 2-3 semanas

Anticuerpos IgG SARS-CoV-2

Resultado

Interpretación

<0,02 Índice

Negativo

Interpretación de resultados:

- Negativo: índice <1,4

- Positivo: índice > 1,4

Método: Inmunoanálisis (CMIA)

RNA del Coronavirus (COVID, 2019)

Detección de ARN de SARS-CoV-2-PCR

Negativo

Límite de referencia: Negativo

Método: Amplificación genómica (PCR/TMA) de secuencias genómicas de SARS-CoV-2

Este resultado deberá ser consultado con su médico para una correcta interpretación.

INFORME VALIDADO POR CAV, LMS, CBA

Dirección de Laboratorio: Marta García García



Nombre: **KOUN ., MOHAMED**

Nº Laboratorio: **W0379623 - 28/09/2020**

Synlab Diagnósticos Globales, S.A.U.
Avda. Jesús Santos Rein, 8
29640 Fuengirola
Málaga

Las pruebas señalizadas con  han sido realizadas en un laboratorio externo.

Este laboratorio dispone de un Sistema de Gestión de Calidad certificado de acuerdo a la norma ISO 9001 e ISO 14001 por la entidad certificadora SGS ICS
Synlab Diagnósticos Globales

Página 2 de 2

Ldo. Matías Anguís Cruz
Ctra. Ronda Km166 local 2C
Benahavís

DNI/NIF:75065435-J Fecha: 19/09/20 10:38
Tfno: 952780890 Factura simpl.: D-025704
Cliente Nº 2504
KOUN, MOHAMED

Descripción	Ap	IMP	Cd	PVP	Import
SALIDUR 25/77. VL		4,00	1	6,03	6,03
DIANBEN 850 MG VL		4,00	1	1,94	1,94
DOLOSTOP 1 G 1 VL		4,00	1	3,50	3,50
CASENBIOTIC 3 VL		10,00	1	23,65	23,65

T.Dispensado IMP 35,12 35,12

Total 35,12

IMP INCLUIDO

T. Pago: 35,10

DESGLOSE IVA:

IMP	0%	4%	10%	21%
BASE	0,00	11,03	21,50	0,00
CUOTA	0,00	0,44	2,15	0,00
TOTAL	0,00	11,47	23,65	0,00

Gracias por su visita
Consulte a su Farmaceutico

Le ha atendido: GEMA