

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

## ntaire :

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.

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 04.94

Société : Nouvele EL MADI

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BRIHOUN MINA

Date de naissance : 20.12.43

Adresse : 31 Rue Alzankab Hay Salam

Tél. : 06 74 36 86 36 Total des frais engagés : 312,48 AED Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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 : Abu Dhabi

Le : 03/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19- 041332

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

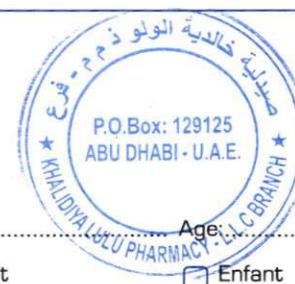
Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 04.94

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



### RELEVE 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
	AED	P.O.Box 12925 ABUDHABI - U.A.E. KHALID ALI PHARMACY - LLC BRANCH 31298

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

### VOLET ADHERENT

SE

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

### RELEVE 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



Distribution & Marketing by RDS

Size:6 x 10cm



CE 0197



ISO 13485:2003



QTY:50Pcs/Box

ADHESIVE WOUND DRESSING PAD  
Non-Adherent, Non-Woven, Sterile

**DOCIB**

HIGH-END CARE



117105-20180128 - E 30/01/2024

NOVAMED 6\*10 SELF ADH 50S (STERILE)

AED 78.50

Incl. 0% VAT



STERILE EO



**LULU KARAMA PHARMACY**  
AL KARAMA BURDUBAI  
DUBAI

POS ID: 00069696 STORE: TERM:  
MTD:088530299  
DATE: 03/01/21 TIME: 13:17:05

**PURCHASE**

VISA( Contact less )  
4788 39\*\* \*\*\*\* 6382  
EXP: \*\*/\*\*

BATCH : 758 RECEIPT NO : 17022

**AMOUNT: AED 312. 48**

PLEASE DEBIT MY ACCOUNT  
AUTHORISED BY PIN ENTRY

**APPROVAL CODE: 122596**

AID : A0000000031010  
LABEL: Visa Prepaid  
TUR : 0000000000  
TSI : 0000  
CID : 80  
AC : 58DBECB2A1DA7A56

THANK YOU  
COME AGAIN

**<< CUSTOMER COPY >>**

# DOCIB

HEALTHCARE

فاتورة ضريبة / Tax Invoice

TRN:10004525630003

Lulu Khalidiyah Pharmacy Br

فروع - بيدفيبي خالدية المولود

Khalidiyah Mall

Tel: 02 650 8881 / WhatsApp: +971 54 997 0285

Email: khalidiyahbr@docibpharmacy.com

UAE

Receipt / ابريمار KHB0280110015895

Terminal / المحطة KHB02801

Employee / المرفق PRAMOD ANTONY AZHCHANGADAN

Customer No. / رقم العميل 971585667511

Cust. Name / اسم العميل SALWA

Cust Type.

Store / المتجر KHB028

Date / التاريخ 03/01/2021

Time / الزمن 01:13 PM

ITEM DETAILS	QTY	UNIT	PRICE	TOTAL
--------------	-----	------	-------	-------

نفاعيل المنتج الكمية وحدة السعر المجموع

117105 1.00 Box 78.50 78.50  
NOUAMED 6\*10 SELF ADH 50S (STERILE)

Line disc. -5.50

VAT:ZERO

102291 1.00 Eaches 12.60 12.60  
BUTLER GUM TB TECH SOFT FULL 490ME

(وسط) 490 بلتر جم فرشاة اسنان تبلك سوفت فل

Line disc. -0.88

VAT:STANDARD

102291 1.00 Eaches 12.60 12.60  
BUTLER GUM TB TECH SOFT FULL 490ME

(وسط) 490 بلتر جم فرشاة اسنان تبلك سوفت فل

Line disc. -0.88

VAT:STANDARD

119107 1.00 Eaches 120.00 120.00  
OPPO 1082 WRIST SPLINT XL

VAT:STANDARD

116974 1.00 Box 50.00 50.00  
MEDIX STERILE GAUZE SPONGES 2\*2 50S

VAT:ZERO

116414 1.00 Box 25.75 25.75  
UNI SWABS PRE INJE SWAB 200S

Line disc. -1.80

VAT:STANDARD

110080 4.00 Eaches 2.00 8.00  
MEDIX CONFIRMING BANDAGE 7.5CM

ـم 7.5 ميدكس غمادة مترنة

Line disc. -0.56

VAT:ZERO

103102 1.00 Eaches 15.75 15.75  
DOCARE BACK SCRATCHER ASSORTED

Line disc. -1.10

VAT:STANDARD

-----  
P.O.Box: 129125  
Sum of Discount / مجموع الخصم / 10.72  
Total Tax / مجموع الضرائب 8.67  
Gross / إجمالي 323.20  
Total / إجمالي 312.48  
VISA-4788 Auth-122598 PHARMACY.LLC.BRANCH 312.48  
Number of Items Sold / عدد المنتجات 8

&lt;/

## **EXCHANGE / REFUND POLICY**

- Products may be exchanged if returned with purchase receipt within 7 days of purchase in original sealed condition.
- Medicines are not allowed to return according to regulatory authorities, HAAD & MOH.
- Products requiring special storage conditions, body supports & braces cannot be taken back due to regulations and hygienic reasons.

**مُدِيَّبَةُ الْمَسْتَبِدَاتِ الْجَاهِلِيَّةِ**

- \* يمكن استبدال المنتجات خلال 7 أيام من تاريخ الشراء ويشترط لضمان ذاتورة الشراء الأعلية على أن تكون المنتجات المستبدلة في حالة طبيعية ومختومة كما تم شراؤها
- \* لا يمكن لرجاء العودة وذلك وفقاً لقوانين الهيئة العُجمية المنظمة وزارة الصحة وهيئة الصحة في أبوظبي
- \* لا يسمح برجاء المنتجات التي تتطلب شروط تخزين خاصة وعمامات الجسم الطبية وذلك طبقاً للفوائين ولأسباب النظافة



K H B 0 2 8 0 1 1 0 0 1 5 8 9 5