

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0041332

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0494 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Femme ELHADI

Nom & Prénom : BRITHOUN MINA

Date de naissance : 20-12-48

Adresse : 31 Rue Azambab Hay Salam

Tél. : 0674368636 Total des frais engagés : 312,48 AED 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 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 N° 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 : 0494

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		AED 312.48

[illegible]

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

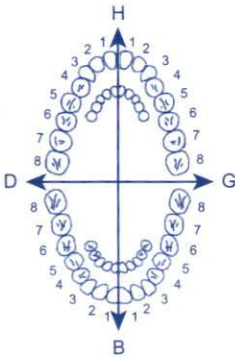
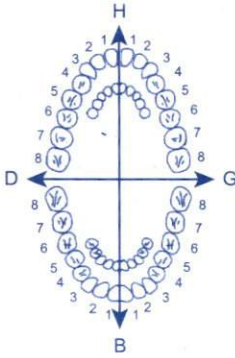
*** Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.**

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

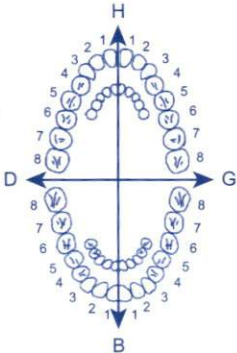
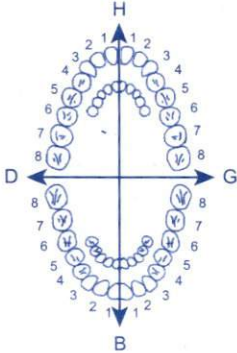
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX														
	<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		
	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'EXECUTION

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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			
	<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div><div>G</div></div>				Coefficient DES TRAVAUX
	[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 L'EXECUTION



Distribution & Marketing by RDS



CE 0197



ISO 13485:2003



Size: 6 x 10cm

QTY: 50Pcs/Box

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

DOCIB



117105-20190128. - E 30/01/2024
NOVAMED 6*10 SELF ADH 50S (STERIL
E)

AED 78.50

Incl. 0% VAT



STERILE EO



المشرق
mashreq

WE MAKE POSSIBLE

LULU KARAME PHARMACY
AL KARAME BURDUBAI
DUBAI

POS ID: 00069696 STORE:

TERM:

MID: 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 : A00000000031010

LABEL: Visa Prepaid

TUR : 0000000000

TSI : 0000

CID : 80

AC : 58DBECB2A10A7A56

THANK YOU
COME AGAIN

<< CUSTOMER COPY >>

DOCIB

HEALTHCARE

Tax Invoice / فاتورة ضريبية

TRN:100045256300003

Lulu Khalidiyah Pharmacy Br

فرع - بلدية خالدية الولود م م

Khalidiyah Mall

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

Email: khalidiyahbr@docibpharmacy.com

UAE

Receipt / الرصيد KHB0280110015895
Terminal / المحطة KHB02801
Employee / الموظف 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
تفاصيل المنتج	الكمية	وحدة	السعر	المجموع
117105	1.00	Box	78.50	78.50
NOVAMED 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 بلنر جم فرشاة أسنان نيك 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 بلنر جم فرشاة أسنان نيك 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				
سم 7.5 ميديكم غمادة مرنة				
Line disc.			-0.56	
VAT:ZERO				
103102	1.00	Eaches	15.75	15.75
DOCARE BACK SCRATCHER ASSORTED				
Line disc.			-1.10	
VAT:STANDARD				
Sum of Discount				10.72
Total Tax				8.67
Gross				323.20
Total				312.48
VISA-4788 Auth-122598				312.48
Number of Items Sold				8

You have Saved

10.72

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.

سياسة استبدال / والاسترجاع

- * يمكن استبدال المنتجات خلال 7 أيام من تاريخ الشراء ويشترط إحضار فاتورة الشراء الأصلية على أن تكون المنتجات المستبدلة في حالة سليمة ومفتومة كما تم شراؤها
- * لا يمكن إرجاع الأدوية وذلك وفقا لقوانين الهيئات الصحية المنظمة وزارة الصحة وهيئة الصحة في أبوظبي
- * لا يسمح بإرجاع المنتجات التي تتطلب شروط تخزين خاصة ودماعات الجسم الطبية وذلك طبقا للقوانين ولأسباب النظافة



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