

## 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 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

- 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.

N° W21-793665

AS6849

en

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11923		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MUSTAFA SETACHI			
Date de naissance : 22/11/1972			
Adresse : 29, Street 11 Mani Al 12 Chra			
Tél. : 00 20 72 344 9993		Total des frais engagés : 4300 EGZ DHS	

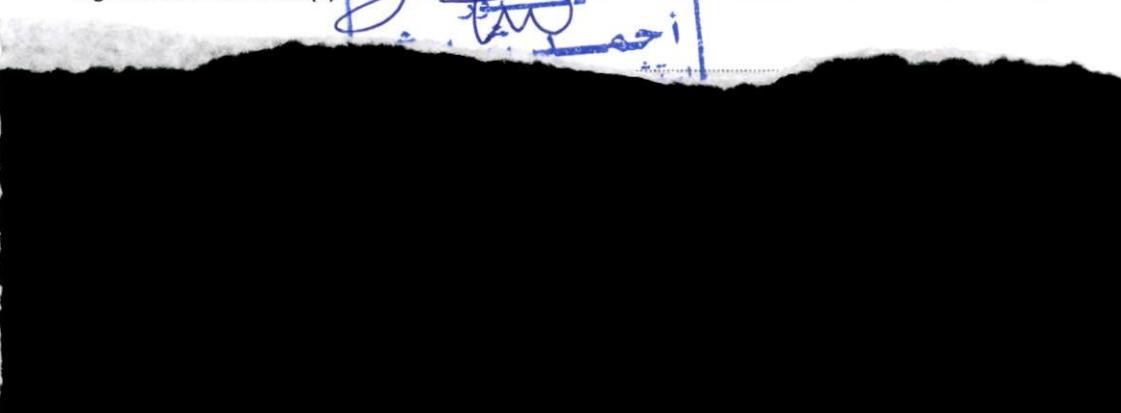
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :		
Date de consultation : 27/3/2023			
Nom et prénom du malade : Setachi Hamza Age : 9			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Mixed Astigmatism (both eyes)			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 27/3/2023



### 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
		350 EGP		INP : <input type="text"/> أحمد سالم استاذ طب وجراحة انفوبو

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Happy Vision Maaadi 0116777291						382,00 EGP

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>

Coefficient des Travaux	<input type="text"/>
Montants des Soins	<input type="text"/>
Début d'Execution	<input type="text"/>
Fin d'Execution	<input type="text"/>
Coefficient des Travaux	<input type="text"/>

	<input type="text"/>

	<input type="text"/>

	<input type="text"/>

	<input type="text"/>

	<input type="text"/>

	<input type="text"/>

	<input type="text"/>

	<input type="text"/>

	<input type="text"/>

	<input type="text"/>

	<input type="text"/>

	<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CUSTOMER	Hamza Setachi			Date	06/03/2023		
TEL	01068209477			#	274		
Address	ش ٢٩ - المعادى			CUSTOMER I	257745		
S	SKU ID	CATEGORY	BRAND	Descreption	QTY		
1	886895508537	Optical frames	converse	V;CONVERSE;CV5018,201,49	1	1,795.00	1,795.00
2	LE0105037519	Ophthalmic Lens	Kodak	KDK;PL;STOCK;1.56;SV;A;CNCUV;BLUE;65;+2.00,-1.25	2	725.00	1,450.00
3	LE0105037436	Ophthalmic Lens	Kodak	KDK;PL;STOCK;1.56;SV;A;CNCUV;BLUE;65;+1.75,-1.25	2	725.00	1,450.00
4	1	Services		كشف النظارة	1	1.00	1.00

<b>Total</b>	4,696.00
<b>Gross Du</b>	4,696.00
<b>Discount</b>	875.85
<b>Net After Discount</b>	<b>3,820.15</b>
<b>Vat 14%</b>	0.00
<b>Net After Tax</b>	<b>3,820.15</b>
<b>ounding diff.</b>	
<b>Total Due</b>	<b>3,820.15</b>

OTHER COMMENTS	Payment Methods		Total Due		3,820.15
	Description	Date	#	Currency	Local amount
فاتورة مبيعات رقم المطلب ١٥٩٦٢	مصدق اوراق مبيعات فرع المعاذى	01/03/2023	15692	EGP	2,000
	مصدق اوراق مبيعات فرع المعاذى	03/03/2023	15692	EGP	1,820
			<b>TOTAL</b>		<b>3820</b>

### Thank You For Your Visit

C.R. 48809

T.C. 367/199/319

VAT # 367/199/319

TAX FILE: 5/00115/184/00/00



**SHALASH**  
LASIK & EYE CARE CLINIC

Clear Vision For Clearer Future

عيادات د. أحمد شلش لجراحات  
العيون والليزك

دكتور / أحمد شلش

مستشاري طب وجراحة العيون

مستشاري جراحات المياه البيضاء وجراحات القرنية والليزك

١/٣/٢٠٢٣

Setachi Hamza

Rx Blink eyedrops

٣ مل ماء ماء و ماء

(١٢٥ مل ماء)

glasses Prescription:

(R) +2.00 / -1.25 x 170°

(L) +1.75 / -1.25 x 170°



J. Hamza

الكشف والاستشارة بميعاد سابق

٦٩ شارع ٩ - المعادى - الدور الرابع ت: ٢٣٥٩٩٢٩٧ - ٠١٠٩٠٧٨٤٤٤٤

[www.shalashlasik.com](http://www.shalashlasik.com)