

## 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° W21-793675

AS6848

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <i>Ma 25</i>	Société : <i>RAM</i>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>MUSTAPHA SETACHI</i>
Nom & Prénom :			
Date de naissance : <i>22.10.1987</i>			
Adresse : <i>29, street 11 Nada Amz 2 Cairo</i>			
Tél. : <i>002 12 349 99 93</i>	Total des frais engagés :	<i>5445 EGP</i>	
Dhs			

Autorisation CNPD N° : A-A-213/2019	Cadre réservé au Médecin		
	<input type="checkbox"/> Cachet du médecin :		
Date de consultation : <i>27/3/2023</i>			
Nom et prénom du malade : <i>Setachi Mustapha</i>			
Age : <i>46</i>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <i>Presbyopia both eyes</i>			
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.

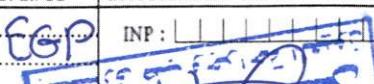
Fait à :

Le : *27 / 3 / 2023*

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

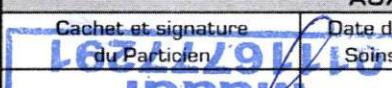
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
			350 EGP	INP : <input type="text"/> 
				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
	01/16/2021					509,00 EG	

## **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 de l'ODF

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Happy Vision**

The Optician Expert

84 - 9 Street maadi - Cairo.  
tel.Email: maadi.branch@happyvision.com  
Web: www.hvoptics.com**INVOICE**

بصريات التجارى - بصريات

CUSTOMER مصطفى سانتشى

TEL 01203499993

Address المعادى

Date 02/04/2023

# 385

CUSTOMER I 258844

S	SKU ID	CATEGORY	BRAND	Description	QTY	U.PRICE	Net Value
1	716736280097	Optical frames	TOMMY HILFIGER	V;TOMMY HILFIGER;TJ 0019,KB7,55	1	3,395.00	3,395.00
2	LE0129998406	Ophthalmic Lens	HOYA	LE;HOYA;PL,1.5,AR BLUE CONTROL	2	850.00	1,700.00
3	1	Services		كشف النظارة	1	1.00	1.00



Total	5,096.00
Gross Du	5,096.00
Discount	1.00
Net After Discount	5,095.00
Vat 14%	0.00
Net After Tax	5,095.00
Rounding diff.	
Total Due	5,095.00

**OTHER COMMENTS**

فاتورة مبيعات رقم الطلب ١٦٦٣

**Payment Methods**

Descreption	Date	#	Currency	Local amount
Bank Misr EGP	31/03/2023	16630	EGP	5,095
<b>TOTAL</b>				<b>5095</b>

Issued Ali Mahmoud Ali Mahmoud Elbanna

Thank You For Your Visi

C.R. 46809

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**

استشاري طب وجراحة العيون

استشاري جراحات المياه البيضاء وجراحات القرنية والليزك

27/3/2023

مكتوب مني سلامي

Rx Blink eyedrops

٣-٤ مرت يومياً كذا المرة

3-4

الكشف والاستشارة بميعاد سابق

٦٩ شارع ٩ - المعادى - الدور الرابع ت: ٢٣٥٩٩٧٩٧ - ٠١٩٠٧٨٤٤٤٤

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