

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1130

Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENLAMINE THANI

Date de naissance : 26-03-1951

Adresse : 56 LOT. OCEAN DAR BOUAZZEN

Tél. : 0661194270

Total des frais engagés : 210,47 € Dhs

Cadre réservé au Médecin

Médecin : CASSART A.
79 rue Saint Germain
1410 Waterloo
129006 04.003
02 354 57 83

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/01/23

Nom et prénom du malade : Benlamine

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Ventre

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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 : 10/02/23

Signature de l'adhérent(e) :



8

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Servais Braine	31/01/23	15,47€
31 JAN. 2023		
ARB 251124		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICALS

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
ROUMI O. CENTRE KINE VERTIGE INAMI 5 41470-81-527	03/08/23 20/08/23 27/01/23	5670M 5670M		567033		55 € 55 € 50 €

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

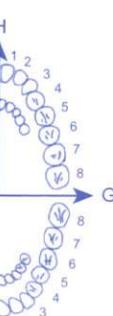
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	<p>H</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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> </table> <p>B</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p>
25533412	21433552											
00000000	00000000											
D	G											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>												
<p>MONTANTS DES SOINS</p>												
<p>DATE DU DEVIS</p>												
<p>DATE DE L'EXECUTION</p>												

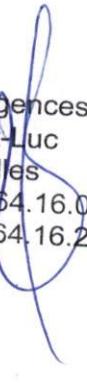
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

N° patient : LR4775U - Nom : BENLAMINE - Prénom : THAMI

N° contact.	Date	Type	Montant	Date	Facture	Reçu n°	Facture	T	Montant
23044656879	27/01/2023	20	50.00	27/01/2023		1568025			0.00
20 acompte ambu					50.00				0.00
Total		Montant	50.00				Montant Utilisé		0.00

Service des Urgences
Clin. Univ. St-Luc
1200 Bruxelles
Tél. service 02/764.16.02
Fax service 02/764.16.20



BENLAMI THAMI

Reçu n° : URG 1/1568025

N° pat. : LR4775U N° visite : 23044656879

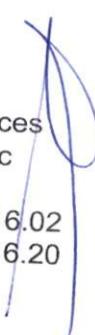
Type	Description	Périodes	Durée	Prix	Montant payé
20	acompte ambu		1	0.00	50.00

Reçu la somme de 50.00 EUR (cinquante Euro)
Espèces

Date de création/paiement 27/01/2023 Date d'impression 27/01/2023 12:56 DE WIT LYDIA

Signature de l'agent :

Service des Urgences
Clin. Univ. St-Luc
1200 Bruxelles
Tél. service 02/764.16.02
Fax service 02/764.16.20





Pharmacie Servais Braine

Rue d'Alsemberg 577 1420 Braine-l'Alleud
tel: 02/386.45.00

braine@pharmacieservais.be
www.pharmacieservais.be

CE : BE0453242495
Client - Françoise Bonaventure

31-01-23

01-01-23 17:25
Ticket N° : 805365
Certificat : 09842031
Vous avez été servi par Jenny

benlamine, Thami 2166415
1 Préparation magistrale N° 2166415-2 :
Gélule Dt 30

Sous total: 15.47

1 article(s) délivré(s)) Tot: 15.47 €

Liquide reçu 20.00 €
Tendu 4.53 €
Rendu arrondi 4.55 €

(*) points sur la carte : 15

Merci de votre confiance!

Pharmacie Servais SPL
Chaussée de Namur, 5 -1300 Wavre
BE 0453.242.495

Endre dans votre pharmacie si vous perdez ce document ?
Viewer - App Mesmédicaments, vous pouvez montrer votre prescription au
vendeur avec votre eID (ou votre numéro de registre national si votre
carte expirée). Vous pourrez alors délivrer les produits dans les 15 mois précédents.

■ PRESCRIPTION ELECTRONIQUE

votre pharmacien pour scanner le code-barres et vous délivrer
les médicaments prescrits.

Port N° INAMI 12900604003 Bénéficiaire : Thami benlamine NISS
51432608918

■ de la prescription électronique



dexaméthasone 0.25 mg chlorphéniramine maléate 4
mg pf 1 gel dt. 30
3 x 1 capsule Par jour (au petit-déjeuner, au repas de
midi, au souper)

Date : 31/01/2023

Date de fin pour l'exécution : 29/04/2023

Pharmacie Servais Braine
31 JAN. 2023
A.R.B. 201418

COMPLETER CI-DESSOUS OU APPONER UNE VIGNETTE DE L'OA

Nom et prénom du patient :

Organisme assureur :

NISS :

Adresse du patient :

ATTESTATION DE SOINS DONNES

A COMPLETER PAR LE DISPENSATEUR

Nom et prénom du patient :

Benlamine

Thami

Date de la prestation	N° de nomenclature		Date de la prestation	N° de nomenclature	
<i>03/01/93</i>	<i>56704</i>				
	<i>567033</i>				

Prescrit par :

en date du : *31/01/93*

Nom et prénom

Numéro d'identification I.N.A.M.I.

du/des prescripteur(s) :

12300604 803

Prescription(s) annexée(s) :

- à la présente (2)

- à l'attestation du / / (2)

Le patient est hospitalisé / ambulant (2) :

N° de l'établissement :

Service :

(1) Barrer les cases non utilisées

(2) Biffer les mentions inutiles

A.R. 15.07.2002

55

EUR

22*0203/32

Identification du dispensateur :



ROUMI O.
CENTRE KINE VERTIGE
INAMI 5 41470-81-527

Date : *02/01/93*

COMPLETER CI-DESSOUS OU APPOSER UNE VIGNETTE DE L'OA

Nom et prénom du patient :

Organisme assureur :

NISS :

Adresse du patient :

ATTESTATION DE SOINS DONNES

A COMPLETER PAR LE DISPENSATEUR

Nom et prénom du patient : Ben lamine
Thami

Date de la prestation	N° de nomenclature		Date de la prestation	N° de nomenclature	
<u>10/02/23</u>	<u>56701</u>	/			/

Prescrit par : Camerat A Nom et prénom
en date du : 31/01/23

Numéro d'identification I.N.A.M.I.
du/des prescripteur(s) : 1800604 003

Prescription(s) annexée(s) :

- à la présente (2)
- à l'attestation du 03/02/23 (2)

Le patient est hospitalisé / ambulant (2) :

N° de l'établissement :
Service :

(1) Barrer les cases non utilisées
(2) Biffer les mentions inutiles

A.R. 15.07.2002

55

EUR

Identification du dispensateur :

22*0203/45




ROUMI O.
CENTRE KINE VERTIGE
INAMI 5 41470-81-527

Date : 10/02/23
Signature du dispensateur

G

REÇU

Perçu pour le compte du N° BCE : 0462944376 22*0203/45

Reçu la somme de : 55 EUR Date : 10/02/23
Signature

Prescription de kinésithérapie

Identité du patient :

benlamine Thami
°26/03/1951, M
51432608918
av ancienne barriere 15
1410 waterloo

Demande: Première demande

Nombre maximal de séances : 5

Fréquence: Inapplicable

Traitements proposés : kine vestibulaire

Latéralité: Bilatéral

Diagnostic:

Vertige bénin paroxystique

Dr Cassart Alain Albert
Inami: 12900604003

Rue Saint Germain 79
1410 Waterloo

+32 2 354 57 83

31/01/2023

Signature :

