

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0047546

151080

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1130

Société : RAN

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENLAMINE THANI

Date de naissance : 26-03-1951

Adresse : 56 LOT OCEAN DAR BOUAZZA

Tél. : 0661194270

Total des frais engagés : 210,47 € Dhs

Cadre réservé au Médecin

Médicale CASSART A
79 rue Saint Germain
1410 Waterloo
1 29006 04 003
02 354 57 83

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31 / 01 / 23

Nom et prénom du malade : Benlamine Thani

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Vertige

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

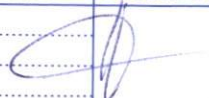
Adresses Mails utiles

- 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

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
31/1/23	10076	1	35	 CASSART A. Spri Médicale 79 rue Saint Germain 1410 Waterloo 1 29 00 6 04 003 02 354 57 83

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Pharmacie Servais Braine

31 JAN. 2023

A.P.B. 251210

31/01/23

15,47€

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

03/01/23

06/02/23

27/01/23

567011

567011

567033

55€

55€

50€

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 de l'ODF.

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

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

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

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

Av.Hippocrate, 10

1200 BRUXELLES - BRUSSEL

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

Total 50.00

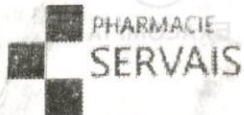
Reçu la somme de
Espèces 50.00 EUR (cinquante Euro)

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

Chaussée d'Alssemborg 577 1420 Braine-l'Alleud

Tel: 02/386.45.00

braine@pharmacieservais.be

www.pharmacieservais.be

CE: BE0453242495

Pharmacie Françoise Bonaventura

31-01-23

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

15.47

Sous total:

15.47

1 article(s) délivré(s)

Tot: 15.47 €

liquide reçu

20.00 €

rendu

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

prendre dans votre pharmacie si vous perdez ce document ?

Viewer - App Mesmédicaments, vous pouvez montrer votre prescription au

les produits prescrits avec votre eID (ou votre numéro de registre national si votre
délivre les produits dans les 15 mois précédents).

PRESCRIPTION ELECTRONIQUE

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

art 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. 2023

COMPLÉTER 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 COMPLÉTER PAR LE DISPENSATEUR

Nom et prénom du patient : Benlamine

Thami

Date de la prestation	N° de nomenclature	Date de la prestation	N° de nomenclature
03/02/83	56704 567033		
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
(1)	(1)	(1)	(1)

Prescrit par : Cassat A.

en date du : 31/01/83 Nom et prénom

Numéro d'identification I.N.A.M.I.

du/des prescripteur(s) : 1 2900604 003

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

Identification du dispensateur :

A.R. 15.07.2002

55

EUR

22*0203/32

ROUMI O.

CENTRE KINE VERTIGE

NAMI 5 41470-81-527



Date : 02/01/83

COMPLÉTER 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 COMPLÉTER PAR LE DISPENSATEUR

Nom et prénom du patient : Benlamine

Themi

Date de la
prestation

N° de
nomenclature

Date de la
prestation

N° de
nomenclature

16/02/23 56701

(1)

(1)

(1)

(1)

Prescrit par : Cassart A.

en date du : 31/01/23 Nom et prénom

Numéro d'identification I.N.A.M.I.

du/des prescripteur(s) : 12800604 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 : 16/02/23 G

Signature du dispensateur

REÇU

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

Reçu la somme de : 55 EUR

Date : 16/02/23
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

Traitement proposé : 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 :

