

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 canaux, 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 canaux.

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.

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



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

Déclaration de Maladie

M22- 0046901

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0494

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Veuve ELMADI

Nom & Prénom :

BRIHOU MINA

Date de naissance :

30/12/1948

Adresse :

31 Rue AZAN BAN Beauséjour CAS A
Résidence pour 7

Tél. : 06 74 36 86 36

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR ABOU JAOUDE JOSEPH
MEDECINE GENERALE
INAMI 19759393008
TEL 0492/049517

hypertension Art.
hypothyroïdisme
Asthme

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

BRIHOU MINA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
30/10/23		42	€ 27,00	DR ABOU JAOUDE JOSEPH MEDECINE GENERALE INAMI 19759393003 TEL 0492/849517 30-10-23

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
APB 210123 Tit. DEWEVER Ninoofsestwg. 402 1070 Br. 402 Ch. de Ninove 1070 BXL TEL. 02/521.60.72 info@deweverpharma.com	30/10/23	€ 64,58

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Praticien	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
APB 210123 Tit. DEWEVER Ninoofsestwg. 402 1070 Br. 402 Ch. de Ninove 1070 BXL TEL. 02/521.60.72 info@deweverpharma.com	30/10/23		43,82 €

AUXILIAIRES MEDICAUX

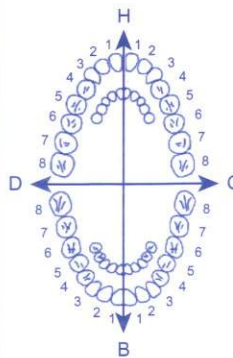
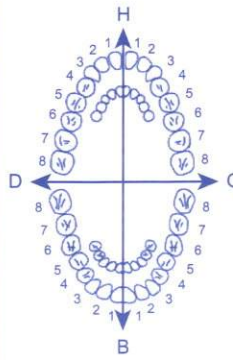
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

POI: 01018523
TICKET CLIENT

APOTHEEK DE WEVER
1070 BRUSSEL

Terminal: 01018523 Commerçant: 01018523
Periode: 1773 Transaction: 00156990

Bancontact

(A0000001761010)

Carte: xxxxxxxxxxxxxxx1023

Numero de sequence carte: 3

PAIEMENT

Date: 02/11/2023 10:47

Code d'autorisation: 8ED9FD

WORLDLINE.

Total: 43,82 EUR

Sans contact

Méthode de lecture: PUCE

**MERCI
AU REVOIR**

POI: 01018523
TICKET CLIENT

APOTHEEK DE WEVER
1070 BRUSSEL

Terminal: 01018523 Commerçant: 01018523
Periode: 1771 Transaction: 00156768

Bancontact

(A00000001761010)

Carte: **XXXXXXXXXXXX3007**

Numero de sequence carte: 1

PAIEMENT

Date: 30/10/2023 12:14

Code d'autorisation: 72B47D

WORLDLINE.

Total: 64,58 EUR

Sans contact

Méthode de lecture: PUCE

VERIFIE PAR CODE

MERCI
AU REVOIR

**Apotheek - Pharmacie DEWEVER
BVBA**



Ninoofsesteenweg 402 - Ch. de Ninove, 1070
Anderlecht

02/521 60 72

info@deweverpharma.com

BCE : 427.140.290

Tit - Apr Dewever

02-11-23

lu-ve/ma-vr: 8.30-12.30h/u - 13.30-19.00h/u
sam/zat: 8.30-12.30h/u

02-11-23 10:31

Brihoum, Mina 953424

1 ACICLOVIR EG LABIALIS CREME 2GR		7,90
1 DICLOFENAC EG RETARD COMP 30X100MG	(9,40)	0,89
1 PURESSSENTIEL HE RAVINTSARA BIO HLE ESS 10ML		14,20
1 ACICLOVIR GSK COMP 35X800MG		20,83
Sous total :		43,82

(4 article(s) délivré(s))

Tot: 43,82 €

Intervention assurance maladie 8,51 €

Montant total 52,33 €

Liquide 43,82 €

Liquide arrondi **43,80 €**

Solde précédent : 0 points

Points total achats : 111

Nouveau solde : 111 points



Dank en tot de volgende keer - Merci et a bientôt

Le QR code pour l'accès à Helena se trouve sous ce texte.



Identification du patient :

Brihoum, Mina

306

48122046626

**ATTESTATION DE PRESTATIONS PHARMACEUTIQUES
REMBOURSABLES DANS LE CADRE D'UNE ASSURANCE
COMPLEMENTAIRE**

N° INAMI du médecin :

1.97593.93.003

Nom du médecin prescripteur :

Abou jaoude joseph

PRODUITS DELIVRES

CNK	Nom du produit	Prix (€)	
		Public	Payé
2663508	1 BISOPROLOL EG COMP 100X2,5MG	10,47	1,11
2510618	1 PERINDOPRIL SANDOZ 4 MG SANDOZ COMP 100 X 4 MG	22,58	3,59
3561248	1 NUTRIMONIUM ORIGINAL PDR SACH 28 22858 METAGENICS	39,40	39,40
1343052	1 ARKOGELULES ESCHOLTZIA VEGETAL 45	12,60	12,60
0037457	1 DULCOLAX BISACODYL DRAG 40X 5MG	7,88	7,88

Totaux :

92,93

64,58

Total * : Homéo

0,00

0,00

Date de délivrance :

30-10-23

Identification :

Tit - Apr Dewever

N° APB de l'officine :

210123-0

Pharm BCE Nr :

421.140.290

Signature du pharmacien

- Cette attestation a été délivrée à la demande expresse du patient.
- Attestation à transmettre à l'institution chargée de l'intervention relative aux prestations pharmaceutiques, éventuellement accompagnée du document officiel propre à l'organisme assureur.
- Les informations reprises dans cette attestation sont utilisées en vue de la gestion d'une assurance complémentaire. La loi sur la protection de la vie privée (loi du 8 décembre 1992) vous donne le droit de connaître les informations contenues dans notre fichier de données vous concernant. Vous pouvez également demander que l'on corrige ou supprime des données erronées. Si vous désirez des informations au sujet du traitement de ces données, adressez-vous à la Commission de la protection de la Vie privée.

Identification : 48152048636
 Brixium, Mars
 308

**ATTESTATION DE PRESTATIONS PHARMACEUTIQUES
 REMBOURSEABLES DANS LE CADRE D'UNE ASSURANCE
 COMPLEMENTAIRE**

N° INAMI du médecin : 1 97593 93 003
 Nom du médecin prescripteur : Abou Jacoub Joseph

PRODUITS DELIVRES		
CNK	Nom du produit	Prix (€)
		Public
2883508	1 BISOPROLOL EG COMP 100X25MG	10.47
2510818	1 PERINDOPRIL SANDOZ 4 MG SANDOZ COMP 100 X 4 MG	22.88
3581248	1 NUTRIMONIUM ORIGINAL PDR SACH 28 22888 METAGENICS	39.40
1343052	1 PAROGEULES ESC-OLZIA VEGETAL 45	12.80
0037457	1 DULCOLAX BISACODYL DRAG	7.88

Apo. DEWEVER BVBA Pharm.
APB 210123 Til. J. DEWEVER
Ninoofsestwg. 402 1070 Br.
402 Ch. de Ninove 1070 BXL
TEL. 02/521.60.72
info@deweverpharma.com

Pharm BCE Nr : 457 140 290
 Signature du pharmacien : 

Cette attestation a été délivrée à la demande expresse du patient.

Attestation à transmettre à l'institution chargée de l'intervention relative aux prestations pharmaceutiques éventuellement accompagnées du document officiel propre à l'organisme assureur.

Les informations reprises dans cette attestation sont utilisées en vue de la gestion d'une assurance complémentaire. La loi sur la protection de la vie privée (n° du 8 décembre 1992) vous donne le droit de connaître les informations concernées dans notre fichier de données vous concernant. Vous pouvez également demander que l'on corrige ou supprime des données erronées. Si vous désirez des informations au sujet du traitement de ces données, adressez-vous à la Commission de la protection de la vie privée.

Identification du patient :

Brihoum, Mina

306

48122046626

**ATTESTATION DE PRESTATIONS PHARMACEUTIQUES
REMBOURSABLES DANS LE CADRE D'UNE ASSURANCE
COMPLEMENTAIRE**

N° INAMI du médecin : 1.97593.93.003

Nom du médecin prescripteur : Abou jaoude joseph

PRODUITS DELIVRES

CNK	Nom du produit	Prix (€)	
		Public	Payé
2155075	1 ACICLOVIR EG LABIALIS CREME 2GR	7,90	7,90
1620475	1 DICLOFENAC EG RETARD COMP 30X100MG	9,40	0,89
4229324	1 PURESENTIEL HE RAVINTSARA BIO HLE ESS 10ML	14,20	14,20
0458133	1 ACICLOVIR GSK COMP 35X800MG	20,83	20,83

Totaux :

52,33

43,82

Total * : Homéo

0,00

0,00

Date de délivrance : 02-11-23

Identification : Tit - Apr Dewever

N° APB de l'officine : 210123-0

Pharm BCE Nr : 427.140.290

Signature du pharmacien

- Cette attestation a été délivrée à la demande expresse du patient.
- Attestation à transmettre à l'institution chargée de l'intervention relative aux prestations pharmaceutiques, éventuellement accompagnée du document officiel propre à l'organisme assureur.
- Les informations reprises dans cette attestation sont utilisées en vue de la gestion d'une assurance complémentaire. La loi sur la protection de la vie privée (loi du 8 décembre 1992) vous donne le droit de connaître les informations contenues dans notre fichier de données vous concernant. Vous pouvez également demander que l'on corrige ou supprime des données erronées. Si vous désirez des informations au sujet du traitement de ces données, adressez-vous à la Commission de la protection de la Vie privée.

COMPLÉMENT ALIMENTAIRE

L'ESCHSCHOLTZIA FAVORISE LA RELAXATION ET CONTRIBUE À UN SOMMEIL DE QUALITÉ.

INGRÉDIENTS

Poudre* de partie aérienne d'Eschscholtzia (*Eschscholtzia californica* Cham.).

ENVELOPPE D'ORIGINE VÉGÉTALE : Hydroxypropylméthylcellulose.

*Poudre obtenue par cryobroyage de partie aérienne d'Eschscholtzia titrant entre 0,5 et 1,2% en alcaloïdes totaux (exprimés en californidine).

CONSEILS D'UTILISATION

Réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 12 ans. 2 gélules au moment du repas du soir et 2 gélules au coucher à prendre avec un grand verre d'eau. Déconseillé aux femmes enceintes ou allaitantes. Ne pas dépasser la dose journalière recommandée. Un complément alimentaire ne doit pas se substituer à une alimentation variée et équilibrée et à un mode de vie sain.

Ne pas laisser à la portée des jeunes enfants.

À conserver à l'abri de la lumière, de la chaleur et de l'humidité.



45 GÉLULES / POIDS NET : 17 g

Arkopharma

LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES

BP 28 - 06511 CARROS Cedex

Tél : 04 93 29 11 28

www.arkopharma.fr

32802-10056216

 **Arkopharma**
LABORATOIRES

GOUDPAPAVER



SLAAP EN ONTSPANNING

ARKOCAPS

45

VOEDINGSSUPPLEMENT

GOUDPAPAVER BEVORDERT DE RELAXATIE EN DRAAGT BIJ TOT EEN KWALITEITSSLAAP.

INGRÉDIENTS

Poeder* van bovengronds gedeelte van Goudpaver (*Eschscholtzia californica* Cham.).

OMHULSEL VAN PLANTAARDIGE OORSPRONG: Hydroxypropylmethylcellulose.

*Poeder bekomen door vriesdrogen van bovengronds gedeelte van Goudpaver getitreerd tussen 0,5 en 1,2% totale alkaloiden (uitgedrukt in californidine).

GEBRUIKSAANWIJZING

Bestemd voor volwassenen en kinderen ouder dan 12 jaar. 2 capsules tijdens het avondmaal en 2 capsules vóór het slapengaan in te nemen met een groot glas water.

Niet aanbevolen voor zwangere vrouwen of vrouwen die borstvoeding geven.

Gelieve de aanbevolen dagelijkse dosis niet te overschrijden.

Een voedingssupplement mag geen gevarieerde en evenwichtige voeding en een gezonde levenswijze vervangen. Buiten het bereik van jonge kinderen bewaren. Donker, koel en droog bewaren.



45 CAPSULES / NETTOGEWICHT: 17 g

Arkopharma Belux s.a.

Avenue Edison 13 - Parc de la Noire Epine

Zoning Noord - 1300 WAVE

Tél. 010 23 36 00

www.arkopharma.be



PL 139/121

 **Arkopharma**
LABORATOIRES

ESCHSCHOLTZIA



SOMMEIL ET DÉTENTE

ARKOGÉLULES

45

FABRIQUÉ EN FRANCE

N° de lot-A consommer de préférence avant fin (L)utrum: Ten minste houdbaar tot einde:

M04187A 09/2026

Information nutritionnelle moyenne /
Gemiddelde voedingsinformatie

Pour 4 gélules
Voor 4 capsules

Poudre d'Eschscholtzia /
Poeder van Goudpaver:

1200 mg



1343-052

Fumarate de bisoprolol

Bisoprolol EG

2,5 mg



Lot: 30062B/1

EXP: 01 2026

PC: 05400581001017

SN: FG84GMFR54



monium®

le ondersteuning - energie - weerstand - darm
nel actief - énergie - immunité - intestin

t energieleverend metabolisme (dankzij B-vitamines, magnesium en
van het immuunsysteem (dankzij vitamine A, C, D, selenium en zink) en
ing van normale slijmvliezen, zoals in de darm (dankzij vitamine A).

bolisme énergétique normal (grâce aux vitamines B, magnésium et cal-
nal du système immunitaire (grâce aux vitamines A, C, D, sélénium et zinc)
uqueuses normales, comme dans l'intestin (grâce à la vitamine A).

smaak / goût: original

28 ZAKJES / SACHETS

356



Perindopril Sandoz®
4 mg

perindopril erbumine
périndopril erbumine
Perindopril-Erbumin



100 tabletten
comprimés
Tabletten



SANDOZ A Novartis
Division

PC 07613421008659
SN 10745620800330
Lot MX9255
EXP 02 2025



Perindopril Sandoz® 4 mg

perindopril erbumine / périndopril erbumine / Perindopril-Erbumin

100 tabletten
comprimés
Tabletten



SANDOZ A Novartis
Division

AR583801

Aciclovir GSK

Comprimés/Tabletten

Aciclovir

800 mg



09.2027
KN2P
PC 05054290005288
SN 16890025594308

EXP/Lot

Aciclovir GSK

800 mg

Comprimés/Tabletten

Aciclovir

35 comprimés
Tabletten

AR583801





100 mg

Diclofenac EG Retard
Diclofenac-Natrium

Diclofenac EG Retard

Diclofénac sodique



100 mg



Tabletten met verlengde afgifte
Comprimés à libération prolongée
Retardtabletten