

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-557169

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0494 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre

Nom & Prénom : Veuve AHADI Ne BRIGHOUH Nina

Date de naissance : 20-12-1948

Adresse : BRUXELLES

Tél. : 0674368636 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BRIGHOUH Nina Age : 74 Ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 27/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-557169

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 494

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Pharmacie Makach
Boulevard de la Révision, 101
1070 Bruxelles
TVA : BE 041.969.358
APR : 2101.47

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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.

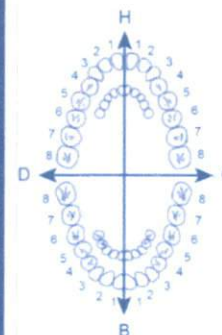
SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP :



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

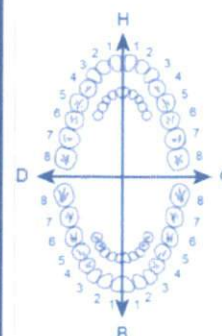
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



BEP1GN4WL16E

PREUVE DE PRESCRIPTION ÉLECTRONIQUE

Veuillez présenter ce document à votre pharmacien afin qu'il scanne le code-barres et puisse vous délivrer les médicaments prescrits.

Prescripteur : **Taquet Florent**
Nr INAMI : 19586080048

Bénéficiaire : **MINA BRIHOUM**
NISS : 48122046626

Contenu de la prescription électronique

- | | |
|---|---|
| 1 | dafalgan forte 40 compr eff 1 g
R/ dafalgan forte 1g comp eff sec
DT/ 1boite, Dafalgan compr. efferv. (séc.) Forte 40x 1g
S/ ORAL, 8h,12h,16h,20h : 1.0 G , tous les jours, débute le 10/12/2020 |
| 2 | tradonal odis 30 comp 50 mg
R/ tradonal odis 50mg comp orodisp
DT/ 1boite, Tradonal compr. orodisp. Odis 30x 50mg
S/ ORAL, 50.0 MG 3x/J , tous les jours, débute le 10/12/2020 |

Attention: Aucun ajout manuscrit à ce document ne sera pris en compte.

Date : 10/12/2020

Date de fin pour l'exécution : 09/03/2021



BEP1GN4WL16E

PREUVE DE PRESCRIPTION ÉLECTRONIQUE

Veuillez présenter ce document à votre pharmacien afin qu'il scanne le code-barres et puisse vous délivrer les médicaments prescrits.

Prescripteur : **Taquet Florent**
Nr INAMI : 19586080048

Bénéficiaire : **MINA BRIHOUM**
NISS : 48122046626

Contenu de la prescription électronique

- | | |
|---|---|
| 1 | dafalgan forte 40 compr eff l g
R/ dafalgan forte 1g comp eff sec
DT/ 1boite, Dafalgan compr. efferv. (séc.) Forte 40x 1g
S/ ORAL, 8h,12h,16h,20h : 1.0 G , tous les jours, débute le 10/12/2020 |
| 2 | tradonal odis 30 comp 50 mg
R/ tradonal odis 50mg comp orodisp
DT/ 1boite, Tradonal compr. orodisp. Odis 30x 50mg
S/ ORAL, 50.0 MG 3x/J , tous les jours, débute le 10/12/2020 |

Attention: Aucun ajout manuscrit à ce document ne sera pris en compte.

Date : 10/12/2020

Date de fin pour l'exécution : 09/03/2021

IDENTIFICATIE VAN DE PATIENT :
BRIHOUM MINA
306/111 48122046626

ATTEST VAN VERGOEDBARE FARMACEUTISCHE
VERSTREKKINGEN IN HET KADER VAN EEN
BIJKOMENDE VERZEKERING

VOORSCHRIJVENDE ARTS :
GROSMAN JULIEN
RIZIV-NR VAN DE ARTS : 18257081014

AFGELEVERDE PRODUCTEN
CNK NAAM P PUBL. P BETLD

1547330	1	IBUPROFEN TEVA	6.72	0.41
2666253	1	DAFALGAN FORTE	3.16	3.16
0047639	1	HIBISCRUB ZEEP	11.32	11.32

TOTAAL : 21.20 14.89

DATUM : 05/12/2020
IDENTIFICATIE : APOTHEEK BOSMAN
APB-NUMMER : 413801
KBO-NUMMER : 0445.979.571

APOTHEEK BOSMAN

(HANDTEKENING VAN DE APOTHEKER)

Brusselselaanweg 247

9402 Maerbeke

Tel: 0540351102

(*) DIT ATTEST WERD AFGELEVERD OP UITDRUKKELIJK
VERZOEK VAN DE PATIENT TEN BEHOEVE VAN DE
AANVULLENDE VERZEKERAAR.

(*) ATTEST OVER TE MAKEN AAN DE INSTELLING DIE
INSTAAT VOOR DE TUSSENKOMST VAN DE FARMACEUTISCHE
VERSTREKKINGEN, EVENTUEEL VERGEZELD VAN HET
OFFICIEEL DOCUMENT EIGEN AAN DE
VERZEKERINGSINSTELLING.

(*) DE OP DIT ATTEST VOORKOMENDE INFORMATIE WORDT
GEBRUIKT VOOR HET BEHEER VAN EEN BIJKOMENDE
VERZEKERING. DE WET TOT BESCHERMING VAN DE
PERSOONLIJKE LEVENSSFEER (WET VAN 8 DECEMBER 1992)
GEEFT U HET RECHT TE WETEN WELKE INFORMATIE ONS
GEGEVENSBESTAND OVER UW PERSOON BEVAT. U MAG OOK
VRAGEN FOUTIEVE GEGEVENS TE VERBETEREN OF WEG TE
LATEN. U KAN TEVENS VOOR INFORMATIE OVER DE
VERWERKING VAN DEZE GEGEVENS TERECHT BIJ DE
COMMISSIE VOOR DE BESCHERMING VAN DE PERSOONLIJKE
LEVENSSFEER.

79803682
141994

APOTHEEK BOSMAN
APR WALEWIJN BOSMAN
Brusselse Steenweg 247
9402 MEERBEKE
Tel : 054/33.10.05
Fax : 054/33.10.05
apotheek.bosman@proximus.be
www.apotheekbosman.be
BTW BE 0445.979.571
RPR 60513

05/12/2020
09:32:02

754473

Kassa: 1

511094
BRIHOUM MINA 306/111/0265000201248
V 1 Ibuprofen Teva Comp 30 X 0.41
600 Mg
(publiekprijs 6.72)
(1ste uitgifte begeleiding)
V 1 Dafalgan Forte 1g Citrus 3.16
Bruistabl 8
V 1 Hibiscrub Zeep Antisept. 11.32
500ml

3 Totaal :	EUR:	14.89
Te betalen :		14.89
Ontvangen :		14.89
Betaald Bancontact:		14.89

Vraag het aan je apotheker,
dan weet je 't zeker!

Bedankt voor uw bezoek.

Reserveer en bestel on-line via
www.apotheekbosman.be

Vraag naar onze getrouwheidskaart!

Tussenkomst ziekteverzekering: 6.31 EUR

61205-20- 1.01



85484476

85484476
141995

APOTHEEK BOSMAN
APR WALEWIJN BOSMAN
Brusselse Steenweg 247
9402 MEERBEKE
Tel : 054/33.10.05
Fax : 054/33.10.05
apotheek.bosman@proximus.be
www.apotheekbosman.be
BTW BE 0445.979.571
RPR 60513

05/12/2020
09:34:24

754474

Kassa: 1

Z 1 Q-Air Eucalyptus Zonder Suiker Gom 85g	2.55
Z 1 Q-Air Eucalyptus Past 85g	2.55
---	-----
2 Totaal :	EUR: 5.10
Te betalen :	5.10
Ontvangen :	10.00
Terug :	4.90

Vraag het aan je apotheker,
dan weet je 't zeker!

Bedankt voor uw bezoek.

Reserveer en bestel on-line via
www.apotheekbosman.be

Vraag naar onze getrouwheidskaart!

71205-20- 0.36



91163313