

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.

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



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 :

Venue CLMADI Née Brithoum nina

Date de naissance :

20-12-1948

Adresse :

BRUXELLES

Tél. : 06 74 36 86 36

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age : 74 Ans

BRITHOU NINA

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 : 0494

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		Pharmacie Saint-Jean Boulevard de l'Émission, 101 1070 Bruxelles TVA : BE 04.969.358 APB : 2101.47

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

VOLET ADHERENT

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



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/ Iboite, 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/ Iboite, 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 BRIHOUUM**

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

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 Walewijn Bosman)

Brusselsstraatweg 247

9402 Meerbeke

Tel: 0540371105

~~APB 413801 B1105 0445.979.571~~

(*) 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 05/12/2020
APR WALEWIJN BOSMAN 09:34:24
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

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