

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## otique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## entaire :

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

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0041329

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 494 Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : BRHOVA MINA

Date de naissance : 20-12-48

Adresse : 31 Rue Azouabek Hay Salan

Tél. : 0670368636 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Tariq Zakaria  
Candidat médecin spécialiste  
Assistant du Dr. Tahri  
1-03009-53-000

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 041329

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 :

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
				Dr. Tariq Zakaria Candidat médecin spécialiste Assistant du Dr. Tahri 1-03009-53-000

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/11/20	15,95€
		BRU. PHARMACY APR. M. VAN ECKHOUDT ZAVENIEM APB 239505 027753-20-23 0675-45-600

# 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	

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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

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																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
				MONTANTS DES SOINS																					
	[Création, remont, adjonction]																								
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																									
			DATE DU DEVIS																						
			DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





BEP1F356G7LV

## 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 : **Grosman Julien**  
Nr INAMI : 18257081014

Bénéficiaire : **MINA BRIHOUM**  
NISS : 48122046626

### Contenu de la prescription électronique

ibuprofen teva 30 comp 600 mg  
R/ ibuprofen teva compr 600 mg  
DT/ 1boite, Ibuprofen Teva compr. enr. 30x 600mg  
S/ ORAL, 1.0 COMPR 3x/J , tous les jours, débute le 01/12/2020  
pendant les repas

dafalgan forte 8 compr eff 1 g  
R/ dafalgan forte 1g comp eff sec  
DT/ 1boite, Dafalgan compr. efferv. (séc.) Forte 8x 1g  
S/ ORAL, 1.0 COMPR. EFF. 4x/J , tous les jours, débute le 01/12/2020

# BRUSSELS AIRPORT PHARMACY

Apr. Mieke Van Eeckhoudt

Tel. +32(0)2 753 20 23 Fax. +32(0)2 753 20 23

1011937

18/12/2020 11:12:54

RIHOUM MINA

€15,95

af: 1.072.108

Vrs: 106.925

1 sedistress 200 omhulde tabl 42

15,95

- Subtotaal:

€15,95

**gerond totaal:**

**€ 15,95**

totaal niet afgerond:

€ 15,95



P00862398B000080

KBO/CBE: BE 0873.145.696

Brussels Airport Pharmacy BVBA  
Luchthaven Brussel Nationaal  
1930 Zaventem  
Tel : 02 753 20 23

T: 1011937

Pat: BRIHOUM MINA

<b>Totaal :</b>	<b>€ 15,95</b>
-----------------	----------------

Bancontact	15,95
------------	-------

Ontvangen	0,00
-----------	------

Wisselgeld	0,00
------------	------

Betaald met: Bancontact

Kaartnr: xxxxxxxxxxxxxx8006

Transactienr: 24

Terminal: 01134384

Handtekening: