

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 orthodontique, 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.

Reéducation :

- 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pecc@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des données à caractère personnel.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-673897

97062

NT

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9813 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AITHEM LALCEN

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible][illegible][illegible][illegible]

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Patient:

GUENZAOUZ FATIMA

Né(e) le 10/07/1977

Sexe: F



770710FGAA

Hôpital
Erasmus



ULB

Imprimé le :

09/11/2021 - 12:16

Spécialité demandeuse:

CONS. CARDIOLOGIE
(8458)

Département de Biologie Clinique

Demande : **131NTJ**

Priorité : **Routine**

A prélever dans les prochains jours

A la demande du docteur :

DENDIEVEL RENAUD

INAMI: 1-77273-43-058

Date de prescription: 15/09/2021

Demande:



131NTJ

AS10912027

Afin de réaliser les analyses suivantes:

Acide urique, Alanine aminotransf. (G.P.T.), Albumine, APTT, Aspartate aminotransf. (G.O.T.), Bilirubine totale et conjuguée, Chlore, CO2 total, Créatinine, Filtr. glomérul.(calcul-MDRD), G-glutamyltransférase, Hb A1c, Hémoglobine, IONS: Na-Cl, Lactate déshydrogénase, Leucocytes, NT pro-BNP €, Phosphatases alcalines, Plaquettes, Potassium, PT/INR, Sérum Index PSM, Sodium, T4 libre, TSH, Urée

Critères de tri:

B2.7-CIT-Coag. tests

Ma2-EDTA-Hemato

Ve4-LIH Biochimie



131NTJ 14



131NTJ 13



131NTJ 11

GUENZAOUZ

10/07/1977

131NTJ

GUENZAOUZ

10/07/1977

131NTJ

GUENZAOUZ

10/07/1977

131NTJ

Or3.5-Gel -Hormono_1

Ma2-EDTA HBA1C



131NTJ 18



131NTJ 28

GUENZAOUZ

10/07/1977

131NTJ

GUENZAOUZ

10/07/1977

131NTJ

Demande: 131NTJ

GUENZAOUZ FATIMA

Né(e) le 10/07/1977

Demande: 131NTJ

GUENZAOUZ FATIMA

Né(e) le 10/07/1977

Demande: 131NTJ

GUENZAOUZ FATIMA

Né(e) le 10/07/1977

Demande: 131NTJ

GUENZAOUZ FATIMA

Né(e) le 10/07/1977

Dr Renaud DENDIEVEL
Médecin spécialiste en cardiologie
N° INAMI : 1-77273-43-730
CUB Hôpital Erasme - 1070 Bruxelles
Tél. : 02/688 3884
Mail : sucmec.cardio@erasme.ulb.ac.be

N° facture : 1215405542 Nom patient : GUENZAOUZ PATIMA

Page: 3/4

Hôpital Universitaire Erasme
Route de Lennik 808
1070 Anderlecht
N° Inami 710/406/22/000 N° BCE 0941792893

Facture pour soins ambulatoires à l'hôpital - soins du 15-09-2021 au 15-09-2021

Numéro de facture	1215405542	Date de facture	30-09-2021
A payer avant le	09-11-2021	Date d'envoi	17-10-2021
Numéro de dossier	770710FGAA	Numéro d'enregistrement	770710FGAA00
Période de facturation	15-09-2021 - 15-09-2021	Mutualité	100
Numéro NISS		Code bénéficiaire	
Rassemblement	042109	Facture précédente	
Nom patient	GUENZAOUZ PATIMA		
Adresse patient	RUE VANDERLINDEN 80 1030 SCHAERBEEK		

DETAIL FACTURE PATIENT

Communication

Exceptionnellement, des factures complémentaires pour lesquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de l'expédition de la première facturation ou des rectifications peuvent être envoyées plus tard au patient.

Pour des explications complémentaires ou demandes de plus de détails concernant les prestations : adressez-vous à votre mutuelle ou à l'hôpital.

1. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs)	Statut méd. (1)	Date	Code (9)	Nombre	A charge de l'assurance	A charge du patient (3)	Supplément (4)
Honoraires remboursables							
Honoraires partiellement à charge de la mutualité							
DENDIEVEL,RENAUD							
Examens électrocardiographiques	C	15/09/21	475075	1		18,17	
GULBIS,BEATRICE							
Prescripteur DENDIEVEL,RENAUD							
Dosage de glycohémostase en hémolysat	C	15/09/21	540750	1		2,02	
Dosage hormone thyroïdienne (TSH)	C	15/09/21	546173	1		2,02	
Dosage T4 libre	C	15/09/21	546276	1		2,02	
YIN,NICOLAS							
Dosage de l'acide urique	C	15/09/21	125016	1		0,48	
Dosage de l'urée	C	15/09/21	125075	1		0,40	
Dosage des aspartates et alanines	C	15/09/21	125134	1		1,01	
Dosage hémoglobine par électrophorèse	C	15/09/21	127013	1		0,32	
Numeration des globules blancs	C	15/09/21	127050	1		0,32	
Numeration des plaquettes	C	15/09/21	127116	1		0,32	
Dosage albumine	C	15/09/21	540131	1		0,40	
Dosage bilirubine totale et fractions	C	15/09/21	540175	1		0,65	
Dosage créatinine	C	15/09/21	540330	1		0,56	
Dosage déshydrogénases lactiques	C	15/09/21	541774	1		0,65	
Dosage gammaglutamyltransférases	C	15/09/21	541892	1		0,65	
Dosage phosphatases alcalines	C	15/09/21	541914	1		0,65	
Na, PK, chlorures, bicarbonates plasmat	C	15/09/21	542872	1		1,61	
Recherche inhibiteur acquis spécifique	C	15/09/21	554035	1			
Temps de thromboplastine	C	15/09/21	554573	1		1,01	
QUOTE-PART FORF. BIO(SANG, UR...	C	15/09/21	593051	1		0,65	
Honoraires entièrement à charge du patient						37,14	
YIN,NICOLAS							

N° facture : 1215405542 Nom patient : GUENZAOUZ FATIMA

Page: 4/4

PRO BNP	C	15/09/21	960035	1	25,00	
Sous-total 1. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs)					96,05	

TOTAUX	A charge de l'assurance	A charge du patient (3)	Supplément (4)
TOTAL		96,05	
TOTAL à payer par le patient			96,05
Vous avez déjà payé un acompte :			
Reçu n° : 17506772 Date : 15/09/2021 Montant : 33,72			
Restant à payer			62,33
À verser sur le compte de l'hôpital : BE28001061502120			62,33

- (1) Conventionné (C) : le dispensateur est lié aux tarifs fixés dans une convention.
 Partiellement conventionné (PC) : le dispensateur est certains jours, lié aux tarifs fixés dans la convention. Le dispensateur ou l'hôpital peuvent vous donner plus d'informations à ce sujet.
 Non conventionné (NC) : le dispensateur n'est pas lié aux tarifs fixés dans une convention.
- (2) La rubrique 'A charge du patient' comprend les montants personnels prévus légalement, des montants pour des produits non-remboursables (rubrique pharmacie), des montants pour des prestations pour lesquelles l'assurance maladie n'intervient pas (rubrique honoraires) et des 'Autres montants' (rubriques 'Frais divers' et 'Autres fournitures') et montants entièrement à charge du patient pour laquelle une TVA est due (montants sans TVA).
- (3) Supplément: est facturé en plus du montant officiel des honoraires. Ces montants peuvent être facturés par des médecins non-conventionnés ou partiellement conventionnés et sont entièrement à charge du patient.
- (4) Vous pouvez retrouver la description complète de la prestation et ses tarifs de remboursement en introduisant le code de celle-ci dans la banque de données 'Nomensoft' disponible sur le site web de l'INAMI : <http://www.inami.fgov.be>.

Hôpital
Erasme

ULB

Cliniques universitaires de Bruxelles
Route de Lennik 808 - B - 1070 Bruxelles
S: www.erasme.ulb.ac.beN° Agrément Hôpital 710/406/22/000
N° Bce Be 0941.792.893

Contact service facturation

☎: +32 2 555 36 63 du lundi au vendredi
de 9h à 12h30 et de 13h à 15h
@: facture@erasme.ulb.ac.be
✉: Hôpital Erasme, service facturation
route de Lennik 808, 1070 Anderlecht

Exp: Hôpital Erasme, route de Lennik 808, 1070 Anderlecht
St: W1 L7GUENZAOUZ FATIMA
RUE VANDERLINDEN 80
1030 SCHAEERBEEK

0802-0020-000113

FACTURE

Numéro de facture	Numéro de dossier	Période de facturation	A payer avant le
1215405542	770710FGAA	Du 15-09-2021 au 15-09-2021	09-11-2021

L'Hôpital Universitaire Erasme vous donne la possibilité d'effectuer :

- Le paiement en ligne
<http://payment.erasme.ulb.ac.be>
- Le paiement par QR code



Montant à payer : 62,33 €

Notre compte

Iban : BE28 0010 6150 2120

BIC : GEBABEBB

Communication structurée :

+++121/5405/54204+++

Veuillez noter que le non-paiement de cette facture peut entraîner des frais de rappel à votre charge.

Handtekening(en)
Signature(s)
Unterschrift(en)OVERSCHRIJVINGSOPDRACHT
ORDRE DE VIREMENT
ÜBERWEISUNGSAUFRAGDe rekening moet te dien zamen met de factuur afgeleverd worden bij de afzender van de factuur.
Il convient de déposer la facture avec le mandat de paiement chez l'émissionnaire de la facture.
Der Rechnungsbetrag muss zusammen mit der Rechnung bei dem Rechnungsgeber eingereicht werden.

Gewijzigde uitvoeringsdatum in de toekomst / Date d'exécution eschuvée dans le futur / Gewijzigtes Ausführungsdatum in der Zukunft

Bedrag / Montant / Betrag EUR CENT
6 2 3 3Rekening opdrachtgever (IBAN)
Compte donneur d'ordre (IBAN)
Konto des Auftraggebers (IBAN)Naam en adres opdrachtgever
Nom et adresse donneur d'ordre
Name und Adresse des AuftraggebersGUENZAOUZ FATIMA
RUE VANDERLINDEN 80
1030 SCHAEERBEEKRekening begunstigde (IBAN)
Compte bénéficiaire (IBAN)
Konto des Begünstigten (IBAN)

B E 2 8 0 0 1 0 6 1 5 0 2 1 2 0

BIC begunstigde
BIC bénéficiaire
BIC Begünstigten

G E B A B E B B

Naam en adres begunstigde
Nom et adresse bénéficiaire
Name und Adresse des BegünstigtenHôpital Universitaire Erasme
Route de Lennik, 808
1070 ANDERLECHT

+++121/5405/54204+++

CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE BRUXELLES - HOPITAL ERASME

Edition du 19/09/2021

Numéro de demande: 131NTJ
 Date dem.: 15/09/2021
 Date prél.: 15/09/21
 Prescripteur: DENDIEVEL RENAUD

Concerne le patient : GUENZAOUZ, FATIMA
 N°: 770710FGAA
 Né le: 10/07/1977
 Sexe: Féminin
 Ambulant

Commentaire lié à la demande: Néant

Unités

Val. Réf.

HEMOSTASE

Coagulation

APTT Actin FS (LA peu sensible)	25.1	s	21.6-28.7
PT	97	s	70-130
I.N.R	1.03		0.95-1.31

Anticoagulation orale

Valeurs thérapeutiques exprimées en INR

Prévention et traitement de phénomènes Thromboemboliques (veineux et artériels)	2.0 - 3.0
Valves cardiaques artificielles	2.5 - 3.5

EXAMEN HEMATOLOGIQUE

Numération

Globules blancs	9.41	$\times 10^3/\text{mm}^3$	3.5-11
Hémoglobine	13.3	g/dL	12-16
RDW	12.5	%	11.5-13.4
Plaquettes	235	$\times 10^3/\text{mm}^3$	150-440
MPV	* 10.3	μm^3	6.8-10

CHIMIE (Sang)

Urée	29.1	mg/dL	16.6-48.5
Créatinine	0.66	mg/dL	0.50-0.90

*Hors valeurs de référence **Hautement pathologique #Delta

CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE BRUXELLES - HOPITAL ERASME

Edition du 19/09/2021

GUENZAOUZ, FATIMA
Demande N°: 131NTJ

		Unités	Val. Réf.
DFG (CKD-EPI)	107	mL/min/1.73 m ²	>60
Sodium	142	mmol/L	136-145
Potassium	4.0	mmol/L	3.4-4.4
Chlore	107	mmol/L	98-107
CO2 total	27	mmol/L	23-29
Acide urique	5.1	mg/dL	2.6-6.0
Bilirubine totale	0.64	mg/dL	<1.2
Bilirubine conjuguée	* 0.23	mg/dL	<0.20
Phosphatases alcalines	82	U/L	35-104
G-glutamyl-transférase	14	U/L	6-42
ALAT	* 34	U/L	<33
ASAT	24	U/L	<32
Lactate déshydrogénase	190	U/L	135-214
NT-proBNP	** 751	pg/mL	<300

Attention, l'insuffisance rénale peut occasionner une élévation.

Valeur élevée et dyspnée : insuffisance cardiaque probable si

<50 ans > 450

50-75 ans > 900

>75 ans >1800

Albumine	44	g/L	40-49
----------	----	-----	-------

ENDOCRINOLOGIE (Sang)

Hémoglobine A1c (IFCC)	36	mmol/mol	<42
Hémoglobine A1c (NGSP)	5.5	%	4.0-6.0

FONCTION THYROIDIENNE

TSH	2.39	mU/L	0.27-4.20
T4 libre	13.8	pmol/L	12.0-22.0