

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5013 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AïT HAMOU LAHcen

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.61.25.56.12 Total des frais engagés : ..... Dhs

### 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 :

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) : 



### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### RELEVE 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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000	G	
	00000000	00000000	B	
	35533411	11433553		
(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				

Identification du patient Guenzaouz fatima			
ATTESTATION DE PRESTATIONS PHARMACEUTIQUES REMBOURSABLES DANS LE CADRE D'UNE ASSURANCE COMPLEMENTAIRE			
N° INAMI du médecin	1.77273 43730		
Nom du médecin prescripteur	Renaud Demevel		
PRODUITS DELIVRES ORD N° 101650			
CNK	Nom du produit	Prix (€) Public	Prix (€) Payé
2542468	1 ASAFLOW 80MG COMP GASTRO RESIST BLI 168X 80MG	9.42	9.42
2732683	1 VALSARTAN EG 80 MG COMP PELL 98 X 80 MG	22.02	22.02
2557163	1 PANTOMED 40 MG COMP 56	19.00	19.00
0100974	1 ALDACTONE COMP 50 X 25 MG	7.46	7.46
2455418	BISOPROLOL EG COMP 100X5MG	10.58	10.58
Total : Total * : Homéo		68.48 0.00	68.48 0.00
Date de délivrance :	8/07/22		
Identification :	Tit - Bakar M.		
N° APB de l'officine :	210125-0		
Pharm BCE Nr :	BE068591619771.00		
Signature du pharmacien	tit : Bakar M.		

BE068591619771.00  
0125

- Cette attestation a été ~~établie~~ 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

**Westland Pharma**

Bld Sylvain Dupuis, 433

1070 Anderlecht

Tel: 02/662.29.41

BCE : BE0685916197

Tit - Bakar M.

pharmabakmb@gmail.com

8/07/22

8/07/22 11:12

Vous avez été servi par votre pharmacien  
101650

1 ASAFLOW 80MG COMP GASTRO RESIST BLI 168X 80MG	9.42
1 VALSARTAN EG 80 MG COMP PELL 98 X 80 MG	22.02
1 PANTOMED 40 MG COMP 56	19.00
1 ALDACTONE COMP 50 X 25 MG	7.46
1 BISOPROLOL EG COMP 100X5MG	10.58
Sous total :	68.48

Libre

1 DAFALGAN FORTE SEC 1G TABL 50 12.33 €	9.86 remise -2.47 €
1 SENSDYNE MULTICARE DENTIFRICE TUBE 75ML 4.79 €	3.83 remise -0.96 €
Sous total :	13.69

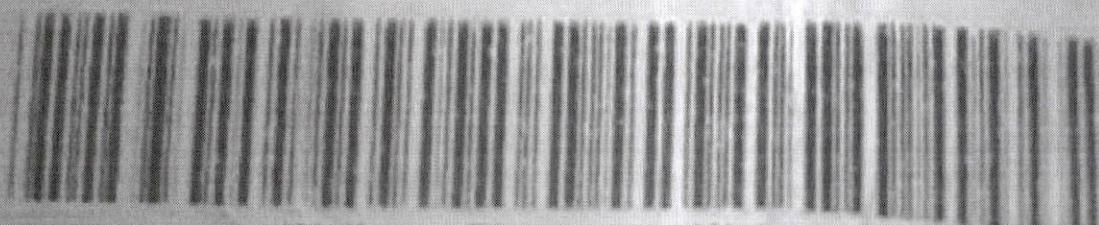
(7 article(s) délivré(s))

Tot: 82.17 €

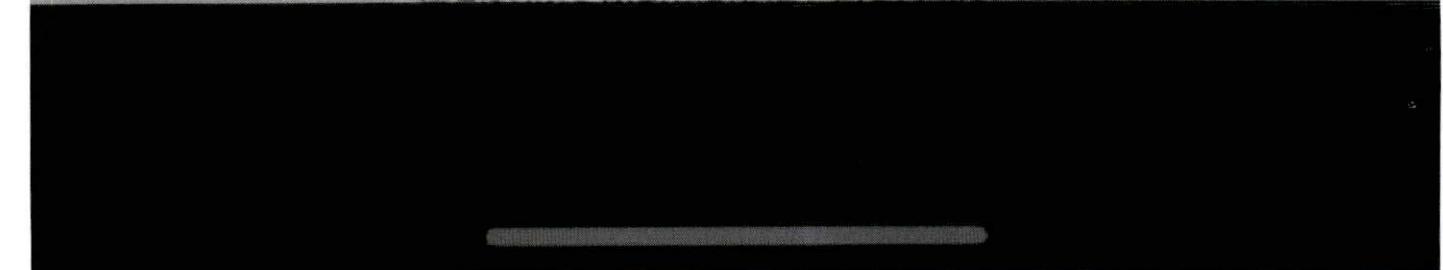
REMISE TOTALE 3.43 €

CZAM (Bancontact, MCash,...)

82.17 €



Weltom - Banque - Mastercard



## Compte

MME SOUKAINA AIT HEMMOU  
ING Lion Account  
BE66 3771 0984 3443



## Détails de la transaction

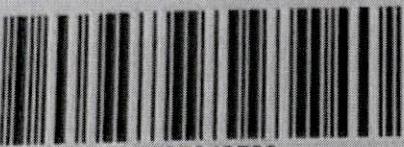
vendredi 8 juil. 2022	<b>Description</b> Paiement Bancontact 08/07/22 - 11h17 - WESTLAND PHARMA SPRL 1070 - Bruxelles - BEL Numéro de carte 6703 30XX XXXX 1501 1 Date valeur : 08/07/2022 Numéro d'opération : 540	-82,17 EUR
--------------------------	---	------------

Ce document a été généré le 25/07/22. La transaction a été débitée pour exécution. Ces détails de transaction ne constituent pas une preuve que les fonds ont été crédités au bénéficiaire.

 17727343730	Nom et prénom du prescripteur.  Dendievel Renaud
A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR	
Nom et prénom du bénéficiaire : GUENZAOUZ FATIMA née le 10/07/1977	
Réserve à la vignette du conditionnement	R/ asaflow 80mg comp (B01AC06) DT/ asaflow 168 comp 80 mg S/ 80.0 MG à 8h, tous les jours , à partir du 15/04/2022 16:57 , ORAL, durée indéterminée

Cachet du prescripteur <b>Dendievel Renaud</b> n° inami. 17727343730  Médecin spécialiste en formation en cardiologie CUB Hôpital Erasme Route de Lennik 808 B-1070 Bruxelles 02 555 3907 SeMed.Cardiologie@erasme.ulb.ac.be	Date et signature du prescripteur 12/05/2022
	Date de fin pour l'exécution 11/08/2022

**PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS  
D'APPLICATION A PARTIR DU 1er novembre 2019**



17727343730

Nom et prénom du prescripteur.

Dendievel Renaud

## A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR

Nom et prénom  
du bénéficiaire : GUENZAOUZ FATIMA née le 10/07/1977Réservé à la vignette  
du conditionnementR/ aldactone compr 25 mg (C03DA01)  
DT/ aldactone 50 comp 25 mg ud  
S/ 1.0 COMPR à 8h, tous les jours , à partir du  
12/05/2022 13:07 , ORAL, durée indéterminée

Cachet du prescripteur

Dendievel Renaud

n° inami : 17727343730

Médecin spécialiste en formation en cardiologie

CUB Hôpital Erasme

Route de Lennik 808

B-1070 Bruxelles

02 555 3907

Date et signature du prescripteur

12/05/2022

Date de fin pour l'exécution

SecMed.Cardio@erasme.ulb.ac.be

11/08/2022

**PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS  
D'APPLICATION A PARTIR DU 1er novembre 2019**



17727343730

Nom et prénom du prescripteur.

Dendievel Renaud

## A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR

Nom et prénom  
du bénéficiaire : GUENZAOUZ FATIMA née le 10/07/1977Réservé à la vignette  
du conditionnement

R/ valsartan krka compr 80 mg (C09CA03)  
DT/ valsartan krka 98 compr 80 mg  
S/ 0.5 COMPR à 8h et 20h, tous les jours , à  
partir du 12/05/2022 13:07 , ORAL, durée  
indéterminée

Cachet du prescripteur  
**Dendievel Renaud**  
n° inami : 17727343730

Médecin spécialiste en formation en cardiologie  
CUB Hôpital Erasme  
Route de Lennik 808  
B-1070 Bruxelles  
02 555 3907

Date et signature du prescripteur  
**12/05/2022**

Date de fin pour l'exécution

SecMed.Cardio@erasme.ulb.ac.be

11/08/2022

**PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS  
D'APPLICATION A PARTIR DU 1er novembre 2019**

D'APPLICATION A PARTIR DU 1er novembre 2019

--	--

 17727343730	Nom et prénom du prescripteur.  Dendievel Renaud
--	--

A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR  Nom et prénom du bénéficiaire : GUENZAOUZ FATIMA née le 10/07/1977	
---	--

Réserve à la vignette du conditionnement	R/ pantomed 40mg comp gr (A02BC02) DT/ pantomed 56 comp 40 mg S/ 40.0 MG à 8h et 20h, tous les jours , à partir du 15/04/2022 16:57 , ORAL, durée indéterminée
---	--

Cachet du prescripteur <b>Dendievel Renaud</b> n° inami : 17727343730  Médecin spécialiste en formation en cardiologie CUB Hôpital Erasme Route de Lennik 808	Date et signature du prescripteur  12/05/2022
---	---

B-1070 Bruxelles  
02 558 3907  
SeeMed.Cardio@erasme.ulb.ac.be

11/08/2022

**PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS  
D'APPLICATION A PARTIR DU 1er novembre 2019**

## D'APPLICATION A PARTIR DU 1er novembre 2019

 17727343730	Nom et prénom du prescripteur.  Dendievel Renaud
<b>A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR</b> Nom et prénom du bénéficiaire : GUENZAOUZ FATIMA née le 10/07/1977	
Réserve à la vignette du conditionnement	R/ bisoprolol mylan compr 2,5 mg (C07AB07) DT/ bisoprolol mylan 2,5 mg 100 compr S/ 8h: 2.0 COMPR, 18h: 1.0 COMPR, tous les jours , à partir du 15/03/2022 09:40 , ORAL, durée indéterminée
Cachet du prescripteur <b>Dendievel Renaud</b> n° inami : 17727343730	Date et signature du prescripteur 15/03/2022
Médecin spécialisé en formation en cardiologie CUB Hôpital Erasme Route de Lennik 808 B-1070 Bruxelles 02 555 3907	Date de fin pour l'exécution 14/06/2022

PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS  
D'APPLICATION A PARTIR DU 1er novembre 2019