

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0026214

123776

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3013 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AIT HAMOU LAHCEN

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 25 7047

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) :

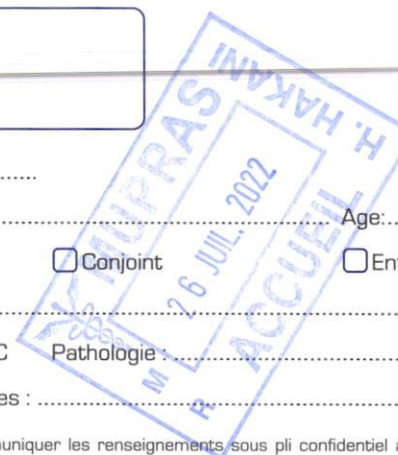
Adresses Mails utiles

- 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

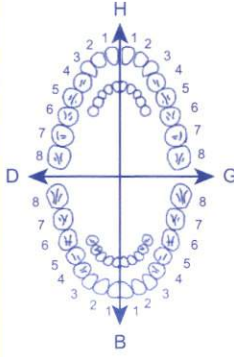
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

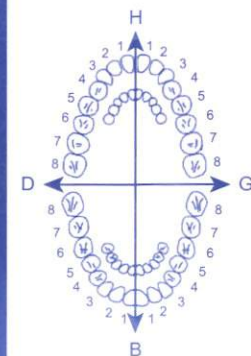
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

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 : 1.77273.43 / 30
Nom du médecin prescripteur : Renaud Dencavel

PRODUITS DELIVRES

ORD N° 101650

CNK	Nom du produit	Prix (€)	
		Public	Payé
2542488	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	1 BISOPROLOL EG COMP 100X5MG	10.58	10.58

Totaux :

Total * : Homéo

68.48	68.48
0.00	0.00

Date de délivrance :

8/07/22

Identification :

Tit - Bakar M.

N° APB de l'officine :

210125-0

Pharm BCE Nr :

BE068591619771.63

Signature du pharmacien

tit : Bakar M.

- Cette attestation a été délivrée 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

pharmabakmb@gmail.com

BCE: BE0685916197

Tit - Bakar M.

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	9.86
---------------------------------	------

12.33 €

remise -2.47 €

1 SENSODYNE MULTICARE DENTIFRICE TUBE 75ML	3.83
---	------

4.79 €

remise -0.96 €

Sous total :	13.69
--------------	-------



Compte

MME SOUKAINA AIT HEMMOU
ING Lion Account
BE66 3771 0984 3443



Détails de la transaction

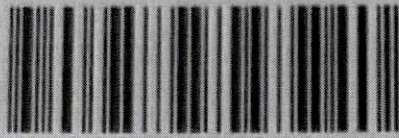
vendredi
8 juil. 2022

Description

Palement 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

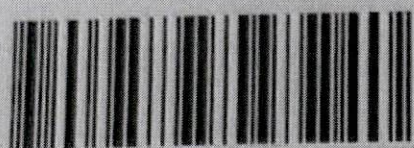
Cachet du prescripteur
Dendievel Renaud
n° inami : 17727343730

Médecin spécialiste en formation en cardiologie
CUB Hôpital Erasme
Route de Lennik 808
B-1070 Bruxelles
02 555 3907
SeeMed.Cardi@erasme.nlh.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 conditionnement

R/ 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 10/07/1977

Réservé 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

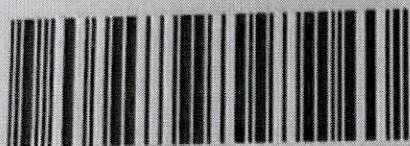
Date de fin pour l'exécution

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

Réservé 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
Dendievel Renaud
n° inami : 17727343730

Médecin spécialiste en formation en cardiologie
CUB Hôpital Erasme
Route de Lennik 808

Date et signature du prescripteur
12/05/2022

Date de fin pour l'exécution

<p>B-1070 Bruxelles 02 558 3907 SecMed.Cardio@erasme.ulb.ac.be</p>	<p>11/08/2022</p>
<p>PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS D'APPLICATION A PARTIR DU 1er novembre 2019</p>	

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

Réservé 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
Dendievel Renaud
n° inami : 17727343730

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

Date et signature du prescripteur
15/03/2022

Date de fin pour l'exécution
14/06/2022

seguies.l.ardio@erasme.uio.ac.be

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