

## 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

- 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-779281

### Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

0494

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

BRIHOU MINA

Date de naissance :

28-12-1968

Adresse :

31 Rue AZAN BAQ MAY Salam

Tél. :

06 74 36 8636

Société :

Autre

144082

### Optique

### Autres

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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, sur un document distinct, 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 : 03/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

*Brihou*

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES |  |                       |                                 |  | Tél.: 02-527-2661 - Fax: 02-520-1614 |
|--------------------------------|--|-----------------------|---------------------------------|--|--------------------------------------|
| Dates des Actes                | Natures des Actes                      | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin traitant le Patient des Actes |                                      |
| 31/12/2015                     | Consultation<br>ma droite<br>per recte | 1                     | 16,14                           | TOUADHERRACH   |                                      |
|                                |  |                       |                                 | Maison médicale Afrimca asbl                                 |                                      |
|                                |  |                       |                                 | Rue Van Solen 109 A  |                                      |
|                                |  |                       |                                 | 1-00094-31-006   |                                      |
|                                |  |                       |                                 | DR Mbaya Mujinga Bellia                                      |                                      |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Apo. DEWEVER BVBA Pharm.<br>APB 210123 TIL. I. DEWEVER<br>Ninoofsestweg. 402 1070 Br.<br>402 Ch. de Ninove 1070 I-IXEL<br>TEL. 02/521.60.72<br>info@deweverbpharma.com | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

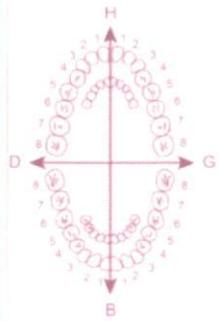
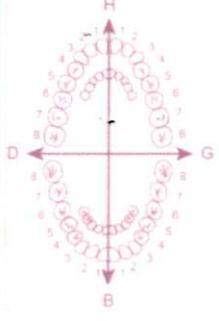
| AUXILIAIRES MEDICAUX                  |                   |        |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |  |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature<br>du Particulier | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     |                                    |  |
|                                       |                   | 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODD.

| SOINS DENTAIRES  | Dents<br>Traitées                            | Nature des<br>Soins       | Coefficient               | INP : <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span>   <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> |
|--|--|---------------------------|---------------------------|---|
|  |  |                           |                           |   |
|   |  |                           |                           | COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;">  </span>  |
|  |  |                           |                           | MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;">  </span>   |
|  |  |                           |                           | DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;">  </span>  |
|  |  |                           |                           | FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;">  </span>  |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE |                           |                           |   |
|  | H  | 25533412<br>00000000<br>D | 21433552<br>00000000<br>G | COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;">  </span>  |
|  | B  | 00000000<br>35533411      | 00000000<br>11433553      | MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;">  </span>   |
|  |  |                           |                           | DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;">  </span>  |
|  |  |                           |                           | DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;">  </span>  |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS                                       |  |                           |                           |   |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION                                    |  |                           |                           |   |

De quelles options disposez-vous pour vous rendre à la pharmacie si vous avez perdu ce document ?

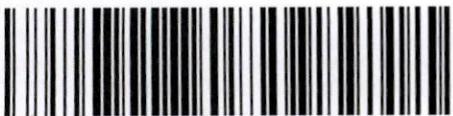
- 1) Via Masanté.be – Myhealthviewer – App Mesmédicaments ou toute autre App, vous pouvez montrer votre prescription au pharmacien, qui lira le code-barres.
- 2) Vous pouvez également aller chercher les produits prescrits avec votre e-ID (ou votre numéro de registre national si votre e-ID a déjà été lu par le pharmacien qui vous délivre les produits dans les 15 mois précédents).

### PREUVE DE PRESCRIPTION ELECTRONIQUE

Veuillez présenter ce document à votre pharmacien pour scanner le code-barres et vous délivrer les médicaments prescrits

Prescripteur: MBAYA MUJINGA Bella 10009431006 Bénéficiaire: Brihoum Mina 48122046626

#### Contenu de la prescription électronique



BEP07Y9CX8LF

R/ Flexium Gel 10 % gel 40 g  
Dt/ 1 Boite(s)  
S/ 1 applic. le matin, 1 à midi, 1 le soir, derm.  
Date de début de traitement: 03/01/2023

Date: 03/01/2023

Date de fin pour l'exécution: 02/04/2023

Apo. DEWEVER BVBA Pharm.  
APB 210123 Tit. I. DEWEVER  
Ninoofsestwg. 402 1070 Br.  
402 Ch. de Ninove 1070 BXL  
TEL. 02/521.60.72  
info@deweversharma.com

De quelles options disposez-vous pour vous rendre à la pharmacie si vous avez perdu ce document ?

- 1) Via Masanté.be – Myhealthviewer – App Mesmédicaments ou toute autre App, vous pouvez montrer votre prescription au pharmacien, qui lira le code-barres.
- 2) Vous pouvez également aller chercher les produits prescrits avec votre e-ID (ou votre numéro de registre national si votre e-ID a déjà été lu par le pharmacien qui vous délivre les produits dans les 15 mois précédents).

### PREUVE DE PRESCRIPTION ELECTRONIQUE

Veuillez présenter ce document à votre pharmacien pour scanner le code-barres et vous délivrer les médicaments prescrits

Prescripteur: MBAYA MUJINGA Bella 10009431006 Bénéficiaire: Brihoum Mina 48122046626

#### Contenu de la prescription électronique



BEP0Z8TFS242

R/ Dafalgan Forte 1 g compr. pellic. 50  
Dt/ 1 Boîte(s)  
S/ 1 compr. le matin, 1 à midi, 1 le soir, or.  
Date de début de traitement: 03/01/2023

Date: 03/01/2023

Date de fin pour l'exécution: 02/04/2023

Apo. DEWEVER BVBA Pharm.  
APB 210123 Tlt. I. DEWEVER  
Ninoofseestwg. 402 1070 Br.  
402 Ch. de Ninove 1070 BXL  
TEL. 02/521.60.72  
info@deweversharma.com

POI: 01018523  
TICKET CLIENT

---

**APOOTHEEK DE WEVER  
1070 BRUSSEL**

---

Terminal: 01018523 Commercant: 01018523  
Periode: 1518 Transaction: 00133410

**Bancontact**

(A0000001761010)

Carte: XXXXXXXXXXXXXXXX1023

Numero de sequence carte: 2

**PAIEMENT**

Date: 03/01/2023 11:15

Code d'autorisation: 91A3DC

WORLDLINE.

**Total: 21,70 EUR**

Sans contact

Méthode de lecture: PUCE

**MERCI  
AU REVOIR**

# Apotheek - Pharmacie DEWEVER BVBA



Ninoofsesteenweg 402 - Ch. de Ninove, 1070  
Anderlecht

02/521 60 72

info@deweverpharma.com

BCE : 427.140.290

Tit - Apr Dewever

03-01-23

lu-ve/ma-vr: 8.30-12.30h/u - 13.30-19.00h/u  
sam/zat: 8.30-12.30h/u

03-01-23 11:13

Brihoum, Mina 903579

1 DAFALGAN FORTE SEC 1G TABL 50 12,33

Sous total : 12,33

Brihoum, Mina 903581

1 FLEXIUM 10 % GEL 40 GR 9,37

Sous total : 9,37

(2 article(s) délivré(s))

Tot: 21,70 €

Liquide

21,70 €

109



Dank en tot de volgende keer - Merci et a bientot

Le QR code pour l'accès à Helena se trouve sous ce texte.

