

## 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 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

- 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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



**MUPRAS**

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

## Déclaration de Maladie

N° W21-779281

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0494 Société : 144082

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BRITHOUM MINA

Date de naissance : 20-12-1948

Adresse : 31 rue AZAN BAG May Salam

Tél : 0674368636 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09 JAN. 2023

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint

Nature de la maladie : Douleurs aux Tarses

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements en confidence 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 03 / 01 / 2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin
21/07/2023	Consultation me decree personale	1		Rue van Soest 109 A Maison médicale Arnica asbl 1-00064-31-006 <b>Dr Mbaya Muinga Bella</b>

**Apo. DEWEVER BVBA Pharm.**  
**APB 210123 tit. du Dewever.**  
 Ninoofsestwg. 402 1070 Br.  
 402 Ch. de Ninove 1070 BXL  
**TEL. 02/521.60.72**  
 info@deweverpharma.com

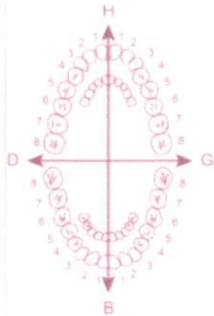
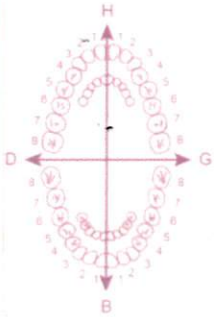
[illegible][illegible][illegible]

# 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	INP : <input type="text"/>														
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
<b>O.D.F.</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 lue par le pharmacien qui vous délivre les produits dans les 15 mois précédents).

### PREUVE DE PRESCRIPTION ELECTRONIQUE

Veillez 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@deweverpharma.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 lue par le pharmacien qui vous délivre les produits dans les 15 mois précédents).

### PREUVE DE PRESCRIPTION ELECTRONIQUE

Veillez 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 Til. I. DEWEVER  
Ninoofsestwg. 402 1070 Br.  
402 Ch. de Ninove 1070 BXL  
**TEL. 02/521.60.72**  
info@deweverpharma.com

POI: 01018523  
TICKET CLIENT

---

**APOTHEEK DE WEVER  
1070 BRUSSEL**

---

Terminal: 01018523    Commerçant: 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 bientôt

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

