

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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 :	4194	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BRIHOU MINA			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés :	
		Dhs	

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/	/	
Nom et prénom du malade :		Age:	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0048160

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....  
Nom de l'adhérent(e) : .....  
Total des frais engagés : .....  
Date de dépôt : .....

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-777221

EP CAS

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>0494</b>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>BRIHOU M</b>			
Date de naissance : <b>20-12-18</b>			
Adresse : <b>31 Rue Arambate Hay Salam.</b>			
Tél. : <b>0671 36 86 36</b>	Total des frais engagés : ..... Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	DOCTEUR TAHRI Mohammed Cabinet: Rue de Veeweyde 61 TEL: 02 523 00 93 B-1070 1-85554-07-004
Date de consultation :	<b>22/12/22</b>
Nom et prénom du malade :	<b>BRIHOU M MINA</b>
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même
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 déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.	
Fait à :	Le : <b>09 JAN 2023</b>
Signature de l'adhérent(e) :	
<b>ACQUET MOUZACHANE</b>	

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
22/12/22	10.67€		28€	INP : 111111111 <b>DOCTEUR TAHRI Mohammed</b> Cabinet: Rue de Veeveyde 61 TEL: 02 523 00 93 B-1070 1-85554-07-004 
stat	13	10.67		

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Multipharm	Date	Montant de la Facture
1111 MULTIPHARM Carré; Wayez 111 Carrefour Anderlecht 1070 Anderlecht Belgique 04/521.59.37 - Achat Band. 04/521.59.37 Apoth. 04/521.59.37 Band. 04/521.59.37	22/12/22	25,65 €.

#### **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.				
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> [Empty box]	<b>Nature des Soins</b> [Empty box]	<b>Coefficient</b> INP : [Empty box]
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [Empty box]
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> [Empty box]
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> [Empty box]
				<b>FIN D'EXECUTION</b> [Empty box]
<b>ODF PROTHESSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <b>H</b> 25533412 21433552 00000000 00000000 <b>D</b> 00000000 00000000 35533411 11433553 <b>B</b>  <b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [Empty box]		
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> [Empty box]		
		<b>DATE DU DEVIS</b> [Empty box]		
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> [Empty box]		

# MULTIPHARMA ANDERLECHT

N° BCE de la pharmacie 0866.855.346  
MENDJE Edith Flore  
Rue Wayez 111 1070 ANDERLECHT  
Tel 02/521.59.37  
Email Multipharma.0111@multipharma.be  
Web www.multipharma.be

Ticket : 386884

Le 22/12/2022 à 12h44

Ordonnance N° 856762

1 Thymoseptine sir. 250 ml 11,68  
**Sous total à payer :** 11,68

Ordonnance N° 856763

1 Duovent hfa aer. dos. 200 x 50 mcg 1,32  
Accomp. 1ère délivrance  
**Sous total à payer :** 1,32

Ordonnance N° 856764

1 Seretide aer. dos. 120x25mcg-250mcg 5,46  
Accomp. 1ère délivrance  
**Sous total à payer :** 5,46

Ordonnance N° 856765

1 Bisoprolol comp. 100 x 2,5 mg eg 1,11  
**Sous total à payer :** 1,11

Ordonnance N° 856766

1 Elocor cr. 100 gr 0,1% 2,48  
Accomp. 1ère délivrance  
**Sous total à payer :** 2,48

Ordonnance N° 856767

1 Perindopril comp. 100 x 4 mg sz. 3,59  
**Sous total à payer :** 3,59

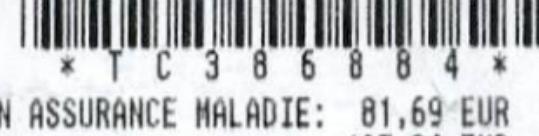
Nombre d'articles : 6

Total avant arrondi : 25,64

Arrondi du prix : +0,01

**TOTAL A PAYER**

25,65 EUR



\* T C 3 8 6 8 8 4 \*

INTERVENTION ASSURANCE MALADIE: 81,69 EUR  
TOTAL: 107,34 EUR

## Utilisation MultiCo 0

Ancien solde 0 Points

Points reçus 0 Points

-----  
Nouveau solde 0 Points

Numéro sécurisation : 11178823

Achetez en ligne, ou réservez, sur  
multipharma.be et retirez vos produits  
dans votre pharmacie. C'est pratique !

POI: 01808512  
TICKET CLIENT

MULTIPHARMA 111  
1070

Terminal: 01808512  
Commercant: 01808512  
Periode: 1873  
Transaction: 00063395

Bancontact  
(A0000001761010)  
Carte: XXXXXXXXXXXXXXXX3007  
Numero de sequence carte: 1

PAIEMENT  
Date: 22/12/2022 12:50  
Code d'autorisation: F9F4DB

WORLDSLNE.

Total: 25,65 EUR

Sans contact  
Methode de lecture: PUCE



# DAFALGAN® FORTE 1g

PARACETAMOL

ZUM EINNEHMEN

**DAFALGAN®  
FORTE**  
1g  
PARACETAMOL

50 FILMTABLETTEN  
SCHMERZEN & FIEBER

Jedere tablet bevat 1000 mg paracetamol.  
Chaque comprimé contient 1000 mg de paracétamol.  
Jede Tablette enthält 1000 mg Paracetamol.  
Symptomatische behandeling van pijn en koorts.  
Traitement symptomatique de la douleur et de la fièvre.  
Symptomatischen Behandlung von Schmerzen und Fieber.  
**DOSERING :** Zie bijsluiter voor verdere informatie.  
**POSLOGIE :** Lire la notice pour plus d'information.  
**DOSIERUNG :** Siehe Packungsbeilage für weitere Informationen.

Buiten het zicht en bereik van kinderen houden.  
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.  
Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren.  
Lees voor gebruik de bijsluiter.  
Lire la notice avant utilisation.  
Packungsbeilage beachten.  
Op medisch voorschrift of schriftelijke aanvraag (België).  
Sur prescription médicale ou demande écrite (Belgique).  
Verschreibungspflichtig oder schriftlichen Wunsch (Belgien).

02 2025  
A4154

EXP/Verwendbar bis :  
Lot/CH-B :

ZUM EINNEHMEN

**DAFALGAN®  
FORTE**  
1g  
PARACETAMOL

50 FILMTABLETTEN  
SCHMERZEN & FIEBER

DOSERING - POSLOGIE - DOSIERUNG

**DAFALGAN®  
FORTE**  
1g  
PARACETAMOL

50 FILMOMHULDE TABLETTEN  
50 COMPRIMES PELLICULES  
PIJN & KOORTS  
DOULEURS & FIEVRE

UPSA



1799-121

BE259551

UPSA - 3 rue Joseph Monier - 92500 Rueil-Malmaison  
Frankrijk / France / Frankreich  
Plaatselijke vertegenwoordiger / Représentant local /  
Örtlicher Vertreter : UPSA Belgium SA/NV  
Boulevard Louis Schmidtlaan 87 - B - 1040 Etterbeek



# Bisoprolol EG

Bisoprololfumaraat

9224332  
1901  
BE



2,5 mg

100

Tabletten  
Comprimés

Elke tablet bevat 2,5 mg bisoprololfumaraat. Lees voor het gebruik de bijsluiter. Oraal gebruik.  
Buiten het zicht en bereik van kinderen houden. Op medisch voorschrift.

Chaque comprimé contient 2,5 mg de fumarate de bisoprolol. Lire la notice avant utilisation.  
Voie orale. Tenir hors de la vue et de la portée des enfants. Sur prescription médicale.

Jede Tablette enthält 2,5 mg Bisoprololfumarat. Packungsbeilage beachten.  
Zum Einnehmen. Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. Verschreibungspflichtig.

EG (Eurogenerics) NV Heizel Esplanade b22 B-1020 Brussel

BE368462

Compromes  
Tabletten  
100

2,5 mg



LA20990

Fumarate de bisoprolol

# Bisoprolol EG

# Bisoprolol EG

Fumarate de bisoprolol

2,5 mg

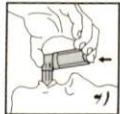


Lot: 2936F/1  
EXP: 05/2025  
PC: 05400581001017  
SN: 1G81W6XXM9





Duovent® HFA  
0,020 mg/0,050 mg  
Aérosol, oplossing  
10 ml =  
200 verstuivingen



Druckgasinhaltung, Lösung  
0,020 mg/0,050 ml  
Duovent® HFA  
10 ml = 200 Huile

Duovent® HFA  
0,020 mg/0,050 mg  
Solution  
pour inhalation  
en flacon pressurisé  
10 ml =  
200 bouffées



Multipharma  
Duové 0,020 E 37 22/2022 MCG

Solution po  
en flacon pr  
Aérosol, op  
Druckgasin

## Ipratropium brc

SCS Boehringer Ingelheim  
Comm.V  
Avenue Arnaud Fraiteurlaan, 15-23  
B - Bruxelles 1050 Brussel

10 ml =  
200 bouffées

BRIHOU MINA  
DUVENT HFA AER.  
1 x Par ian

1 x par jour



Bo M 21 BI DL  
Ingenierin

314668-10



PC: 04048846015273

SN: 10082716661120  
Lot: 202370  
EXP: 03 2025



**Flexium**  
gel 10%

40 g

3 à 4 maal daags  
2,5 à 5 cm gel aanbrengen.  
Niet aanwenden op open wonden.  
Het contact met de ogen moet vermeden worden.  
Bewaren beneden 25°C.  
Vrij verkrijgbaar geneesmiddel.  
Cutaan gebruik.  
Buiten het zicht en bereik van kinderen houden.  
Lees voor gebruik de bijsluiter.

Appliquer 3 à 4 fois par jour  
2,5 à 5 cm de gel.  
Ne pas appliquer sur des plaies ouvertes.  
Eviter le contact avec les yeux.  
A conserver à une température ne dépassant pas  
25°C. Médicament non soumis à prescription  
médicale. Voie cutanée.  
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.  
Lire la notice avant utilisation.

3 bis 4 mal täglich  
2,5 bis 5 cm Gel auftragen.  
Nicht auf offene Wunden auftragen.  
Kontakt mit den Augen ist zu vermeiden.  
Nicht über 25°C lagern.  
Apothekenpflichtig.  
Anwendung auf der Haut.  
Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren.  
Packungsbeilage beachten.

# Flexium® gel 10%

gel ETOFENAMA(A)

Ontstekingswerend  
Tegen spier- en gewrichtspijnen

40 g

Ontstekingswerend.  
Tegen spier- en gewrichtspijnen.

Anti-inflammatoire.  
Contre les douleurs musculaires et articulaires.

Entzündungshemmendes Mittel.  
Gegen Schmerzen von Gelenken und Muskeln.

#### Hulpstoffen / Excipients / Hilfsstoffe:

Alcohol, oleylcetyl. aether polyglycol. – Macrogol. 400 – Carbomer. 940 – Natrii hydrox. – Propylenglycol. – Eucalypti aetherol. – Pini pulmilionis aetherol. – Alcohol isopropyl – Aqua purificata.

Bevat propyleenglycol: lees voor gebruik de bijsluiter.  
Contient du propyléneglycol: lire la notice avant utilisation.  
Enthält Propylenglycol: Packungsbeilage beachten.



0439-216

UITWENDIG GEBRUIK
USAGE EXTERNE
AUSSERLICHE ANWENDUNG

BE148294

 melisana  
Koerthau Group  
Melisana NV – SA  
Kareelovenlaan 1  
Av. du Four à Briques  
Brussel 1140 Bruxelles

46x31x170  
617694

EXPI 10.2026  
LOT 0525

# Flexium® gel 10%

gel ÉTOFÉNAMATE

Anti-inflammatoire  
Contre les douleurs musculaires et articulaires

40 g



Bewaren beneden 25°C. Het spuitbusje bevat een vaste stof onder druk. Niet blootstellen aan temperaturen hoger dan 50°C, beschermen tegen rechtstreeks zonlicht.  
Spuitbus. Niet doorprikkken, doorboren of verbranden, zelfs niet als het leeg is.  
Buiten het zicht en bereik van kinderen houden.  
Geneesmiddel op medisch voorschrijf.

Packungsbeilage sorgfältig beachten.  
Zur Inhalation. Vor Gebrauch schütteln.

Jede abgemessene Dosis (abgegeben aus dem Ventil) enthält 25 Mikrogramm Salmeterol (als Salmeterolxinafoat) und 250 Mikrogramm Fluticasonpropionate. Dies entspricht einer abgegebenen Dosis (abgegeben aus dem Mundrohr) von 21 Mikrogramm Salmeterol und 220 Mikrogramm Fluticasonpropionate. Treibgas: Norfluran (HFA 134a).

Nicht über 25°C lagern. Der Behälter enthält eine Druckgasinhalation. Sie müssen diesen vor Temperaturen über 50°C und direkter Sonnenbestrahlung schützen.  
Druckbehältnis. Den Behälter nicht durchstechen, durchbohren oder verbrennen, auch wenn er leer ist.  
Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufzubewahren.  
Verschreibungspflichtig.

62000000075824

## 120 doses

GlaxoSmithKline Pharmaceuticals s.a./n.v.  
Site Apollo  
Avenue Pascal, 2-4-6  
B-1300 Wavre  
BE220701 CNK 1593-110



# Seretide

**25 microgram/250 microgram/  
per afgemeten dosis**

Aerosol, suspensie  
salmeterol / fluticasonpropionate

LSR  
PACKAGING

# Seretide

**25 Mikrogramm /250 Mikrogramm/  
pro abgemessene Dosis**

Druckgasinhalation, Suspension  
Salmeterol / Fluticasonpropionate

**120 Dosen**



# Seretide

**25 microgrammes/250 microgrammes/  
par dose mesurée**

Suspension pour  
pressurisé  
salmétérol / pro

Multipharma

MENDJE E  
02/521.59.37  
22/12/2020

**120 d**

Pharm.  
Rue Wa...  
1070 A...  
02/521

MULTIPHARMA  
210131  
BRTHOUM MINA  
SERETIDE AER. DOS. 120X25MCG - 250RG

1 dose 2 x par jour

Rincer la bache  
apres

PC 05400571001171  
EXP 04 2024  
Lot 6MSD  
SN 10955652529786



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

- 1) Via Helena.Care - MaSanté.be -) Myhealthviewer – App Mes médicaments ou toute autre App, vous pouvez montrer votre prescription au pharmacien, qui lira le code-barres
- 2) Vous pouvez-vous 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:** Dr. Tahri Mohammed  
1.85554.07.004

**Bénéficiaire:** MINA BRIHOUM  
48122046626

### Contenu de la prescription électronique



BEP01RSD4KBD

Thymoseptine Sirop sirop 250 ml  
10 ml ap. déjeuner, 10 ml ap. diner, 10 ml ap. souper

Date 22-12-22

Date de fin pour l'exécution : 21-03-23



BEP18ZZZ78Y6T

Duovent HFA 0.02 mg - 0.05 mg sol. inhal. (flacon press.) récip. pressur. 10 ml  
1 dose 1 x par jour

Date 22-12-22

Date de fin pour l'exécution : 21-03-23



BEP14C1TC6NM

Seretide 25 µg/dose - 250 µg/dose susp. inhal. (flacon press.) récip. multidos. 120 doses  
1 dose 2 x par jour

Date 22-12-22

Date de fin pour l'exécution : 21-03-23

Bisoprolol AB 2.5 mg comp. 100  
1 compr. le soir



BEP18BTR5GL1

Date 22-12-22

Date de fin pour l'exécution : 21-03-23

MULTIPHARMA  
111 Wazezstraat  
1070 Anderlecht  
Rue Wazezstraat 111  
Agreat 1/2/21013,  
Tel: 02/521.59.37 - MENDJE E.F.  
Pharm. Apoth. 217367/10/001  
Bord: 6-45694-35-201

Attention : Aucun ajout manuscrit à ce document ne sera pris en compte.

Bruxelles, le 2 décembre 2022

Pour nous contacter : 02 506 96 11



Bb-WI-L7

103288

M. Brihoum Mina  
CHAUSSEE DE NINOVE 655  
1070 ANDERLECHT

Référence du présent courrier

223160491272

Numéro d'affiliation

1212571 - M. Brihoum Mina

#### Avis de paiement de vos cotisations à l'assurance complémentaire

Madame Brihoum

Le montant des cotisations vous permettant d'avoir accès aux nombreux avantages et services de l'assurance complémentaire s'élève à **21,60 EUR à payer avant le 29/12/2022**.

Vous pouvez payer cette somme par virement sur le compte IBAN BE42 2100 5945 1554 (BIC : GEBABEBB). Il est important de reprendre la communication suivante : 121/2571/12322.

Facilitez-vous la vie, optez pour le paiement automatique de vos cotisations par domiciliation.

Attention ! Le tableau récapitulatif ci-dessous ne tient pas compte des paiements que vous auriez effectués après le 12/11/2022.

Cotisation	N° Aff.	Montant	Période
Assurance complémentaire	1212571	21,60 €	01.01.23-31.03.23
<b>Total :</b>	<b>21,60 €</b>		

Vous trouverez des informations complémentaires au verso de ce courrier.

En vous remerciant pour votre confiance, nous vous adressons, Madame Brihoum, nos sincères salutations.

**Hans Heyndels**  
Directeur général

## Factures trop élevées ?

Bénéficiez de réductions sur vos factures d'énergie,  
soins de santé etc. grâce à l'intervention majorée (BIM) !  
Vérifiez si vous y avez droit !

## **QUI A DROIT AU STATUT BIM ?**

- L'intervention majorée peut être accordée, après enquête sur les revenus du ménage, aux personnes dont les revenus bruts imposables de l'année précédente (2021 pour les demandes introduites en 2022) ne dépassent pas **20.292,59 €** augmentés de **3.756,71 €** pour le partenaire et par personne à charge.
  - L'intervention majorée peut être accordée si l'un des membres de la famille se trouve dans une situation particulière (indicateur) : veufs(ves), pensionné(e)s, invalides, handicapés sans allocations, chômeurs contrôlés, famille monoparentale, etc. et que les revenus annuels du ménage ne dépassent pas **24.155,16 €\*** augmentés de **4.471,78 €\*** pour le partenaire et par personne à charge. Ce montant est calculé sur base du revenu mensuel précédent la demande multiplié par 13.

**Pour plus d'infos**  
sur les revenus pris en  
compte, les preuves à  
justifier, etc. scannez  
ce code QR.



## QUELS SONT LES AVANTAGES DU STATUT BIM ?

- Vous bénéficiez de meilleurs remboursements des soins de santé (consultations, hospitalisations, etc.) et des médicaments.
  - Vous avez droit au tarif social chez vos fournisseurs d'énergie (gaz et électricité) et chez certains opérateurs téléphoniques, à l'octroi d'une allocation de chauffage via le « fond mazout » et à l'intervention sociale pour l'eau en Région bruxelloise (Vivaqua).
  - Vous bénéficiez d'une réduction sur les transports en commun.
  - Le plafond du Maximum à facturer (MAF) est fixé à 506,79 €/an de dépenses en matière de tickets modérateurs.
  - La possibilité de payer une cotisation moins élevée à la « Vlaamse Zorgverzekering » (en Flandre et pour certains à Bruxelles).

Si vous estimatez que votre ménage remplit les **conditions de revenus** pour bénéficier du statut BIM, alors prenez rendez-vous avec un de nos conseillers en scannant ce code QR.



*Si complété à la main, n'indiquer qu'une seule MA JUSQU'À E ou un seul chiffre noir (ou bleu) par case.*

Date distribution probability distribution



**Signature(s)**

## ORDRE DE VIREMENT

Compte donneur d'ordre (IBAN)

M. Brihoum Mina  
CHAUSSEE DE NINOVE 655  
1070 ANDERLECHT

#### **Compte bénéficiaire (IRAN)**

B E 4 3 2 1 0 0 5 9 4 5 1 5 5 4

#### BIC bénéficiaire

G E B A B E B B

**Nom et adresse bénéficiaire**

S O L I D A R I S   B R A B A N T  
R U E   D U M I D I   1 1 1  
1 0 0 0 B R U X E L L E S

## Communication

**A mentionner impérativement →**

# # # 1 2 1 / 2 5 7 1 / 1 2 3 2 2 # # #