

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 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



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

M22- 0046650

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9985 Société : PNC Reforme
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL MADI SALWA
Date de naissance : 26/10/73
Adresse : 33 Rue Azambak 198402
Tél. : 06 79 36 86 36 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur TAHRI Mohammed
Cabinet: Rue de Veeweyde 61
TEL: 02 523 00 93 B-1070
1-85554-07-004
Cachet du médecin :
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : RYM ALAMI 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) :

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
				DOCTEUR TAHRI/Mohamm...
				Cabinet: Rue de Veeweyde
				TEL: 02 523 00 93 - P: 070
				1-85554-07-004

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
177 MULTIPHARMA Chaussée de Ninove 682 1070 BRUXELLES Tel: 02/522.08.43 - Agréat: 1/2/21014 Pharm.: ROBBER C. Band.: 1/6/26360/66/201	13/2/24	31,25 €

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

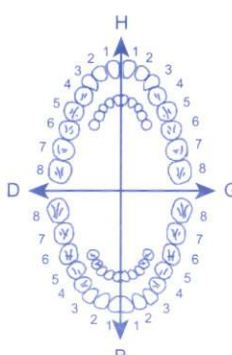
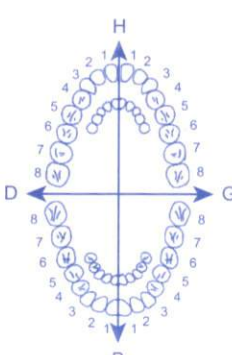
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<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																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

**MULTIPHARMA
ANDERLECHT**

N° BCE de la pharmacie 0866.855.346

ROBBEN Charlotte

Chaussée de Ninove 682 1070 ANDERLECHT

Tel 02/522.08.43

Email Multipharma.0477@multipharma.be

Web www.multipharma.be

Ticket : 354837

Le 13/02/2024 à 09h32

Ordonnance No 691472

1 D cure flap.12

14,40

Sous total à payer :

14,40

Ordonnance No 691473

1 Magnepanyl opti+ caps. 45

16,84

Sous total à payer :

16,84

Nombre d'articles :

2

Total avant arrondi :

31,24

Arrondi du prix :

+0,01

TOTAL A PAYER

31,25 EUR

Bancontact/Maestro: 31,25 EUR



* T C 3 5 4 8 3 7 *

Numéro sécurisation : 55256540

Nos conditions générales de vente sont
disponibles sur www.multipharma.be

POI: 01809209
TICKET CLIENT

MULTIPHARMA 477
1070

Terminal:	01809209
Commerçant:	01809209
Période:	1375
Transaction:	00021906

Bancontact
(A0000001761010)

Carte: xxxxxxxxxxxxxx8305

Numéro de séquence carte: 1

PAIEMENT

Date: 13/02/2024 09:35

Code d'autorisation: 1FE919

WORLDLINE.

Total: 31,25 EUR

Sans contact

Méthode de lecture: PUCE

Packungsbeilage beachten

1	..	/	..	5	..	/	..	9	..	/	..
2	..	/	..	6	..	/	..	10	..	/	..
3	..	/	..	7	..	/	..	11	..	/	..
4	..	/	..	8	..	/	..	12	..	/	..



Magnepamyl® OPTI+

CONTI
RÉDU

MAGNÉS



MULTIPHARMA
210146
ALAMI RYM

ROBBEN C
02/522.08.43
13/02/2024

MAGNEPAMYL OPTI+ CAPS. 45

1 x 1 gélule Par jour
(après le petit-déjeuner)



+ TAURINE
+ VIT. B & D

OPTI+

Gebruiksaanwijzing: Neem 2 tot 4 capsules per dag, met een glas water, bij voorkeur tijdens de maaltijd. De aanbevolen dagelijkse dosis niet overschrijden. Dit voedingssupplement mag niet als vervanging voor een gevarieerde en evenwichtige voeding en voor een gezonde levensstijl worden gebruikt.

Conseil d'utilisation: Prendre 2 à 4 gélules par jour, avec un verre d'eau, de préférence pendant les repas. Ne pas dépasser la dose journalière recommandée. Ce complément alimentaire ne peut pas être utilisé comme substitut d'une alimentation variée et équilibrée ni d'un mode de vie sain.

Netto gewicht / Poids net : **43g** (45 capsules / gélules)

Voedingssupplement op basis van magnesium, van taurine en van hoge doses vitamine B en D.

* Magnesium en vitamines B1 en B6 dragen bij tot normale psychologische functies en tot het verminderen van vermoeidheid. Magnesium en vitamine D dragen bij tot een normale spiercontractie.

Complément alimentaire à base de magnésium, de taurine et de vitamines B et D hautement dosés.

* Le magnésium et les vitamines B1 et B6 contribuent aux fonctions psychologiques normales et à réduire la fatigue. Le magnésium et la vitamine D contribuent à une contraction musculaire normale.

THERABEL PHARMA SA/NV
Rue E. Van Ophemstraat 108 - Bruxelles 1180 Brussel

10ETUJNTR011/N/SS

Magnepamyl®

NORMALE **SPIERCONTRACTIE***, VERMINDERING
VAN **STRESS** EN VAN **VERMOEIDHEID***

HOOG GEDOSEERD EN GERESORBEERD MAGNESIUM



x45 capsules



+ TAURINE
+ VIT. B & D

OPTI+

Vitamines/Minéraux/ Autres substances	Par 2 gélules Per 2 capsules	% AR % RI	Par 4 gélules Per 4 capsules	% AR % RI
Vitamines/Mineralen/Andere stoffen				
Magnésium élément/element	225 mg	60%	450 mg	120%
Vitamine B6	1,5 mg	107%	3 mg	214%
Vitamine B1	1,5 mg	136%	3 mg	273%
Vitamine B2	1,5 mg	107%	3 mg	214%
Vitamine D	3,75 mcg (150 IU)	75%	7,5 mcg (300 IU)	150%
Taurine	75 mg	-	150 mg	-

AR= Apport de référence/ RI = Referentie-inname

Ingédients: citrate de magnésium, enrobage: gélule végétale (hydroxypropylmethylcellulose (E464), colorant blanc: carbonate de calcium (E170), glycérophosphate de magnésium, taurine, agent de charge: cellulose microcristalline (E460), anti-agglomérant: stéarate de magnésium (E470b), pyridoxine hydrochloride (vit B6), thiamine hydrochloride (vit B1), riboflavine (vit B2), cholecalciférol (vit D3).

Ingredënten: magnesiumcitraat, omhulling: plantaardige capsule (hydroxypropylmethylcellulose (E464), witte kleurstof: calciumcarbonaat (E170)), magnesiumglycerofosfaat, taurine, vulmiddel: microkristallijne cellulose (E460), antiklontermiddel: magnesiumstearaat (E470b), pyridoxinehydrochloride (vit B6), thiaminehydrochloride (vit B1), riboflavine (vit B2), cholecalciferol (vit D3).

À conserver hors de la portée des enfants. Conserver dans l'emballage d'origine à l'abri de la lumière. Conserver entre 15 et 25°C. Buiten bereik van kinderen bewaren. Bewaren in de oorspronkelijke verpakking ter bescherming van licht. Bewaren tussen 15 en 25°C.

A consommer avant fin/Tenminste houdbaar tot einde:

01/2025
220204



3087-962

NUT_AS 53/29