

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, parodontologie 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



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

Déclaration de Maladie

M22- 0046652

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0494 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BRITHOUM MINA Verde ELMAZI
 Date de naissance : 20-12-48
 Adresse : 53 Ave Alnabak 198406
 Tél. : 0674368636 Total des frais engagés : Dhs

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 :
 Nom et prénom du malade : BRITHOUM MINA Age:
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA
 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 à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.
 416 MULTIPHARMA
 Place de la Vaillance 1
 1070 ANDERLECHT
 0262102093 Agent d'assurance
 Pharm. HAMADE J.

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) : [Signature]

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
				DOCTEUR TAHRI Mohammed Cabinet Rue de Veeweyde 61 TEL: 02 528 00 93 B-1070 1-85554-07-004

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
416 MULTIPHARMA Place de la Vaillance 1 1070 ANDERLECHT Tél. 02/521.32.59 - Agréat. 1/2/210136 Pharm. HAMADE J.	06/02/2024	42,05€

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

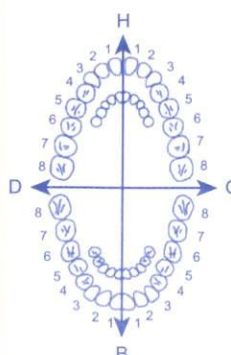
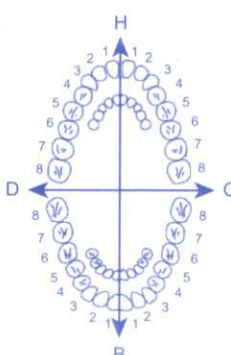
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 00000000 00000000 G 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



* B E P 1 1 7 7 P 5 0 4 G *

PREUVE DE PRESCRIPTION ELECTRONIQUE

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

Prescripteur :	Tahri Mohammed
Nr INAMI :	18555407004
Bénéficiaire :	Brihoum Mina
NISS :	48122046626

Contenu de la prescription électronique

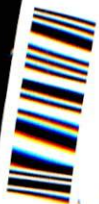
1	1 - 2605301 - Perindopril Sandoz 8 mg comp. 90 null null <i>Posologie : 1 x 1 compr. Par jour (après le petit-déjeuner)</i> <i>Date début traitement : 05/02/2024</i> Médicaments temporaire
---	---

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

Date : 05/02/2024

Date de fin pour l'exécution : 04/05/2024

416 MULTIPHARMA
Place de la Vaillance 1
1070 ANDERLECHT
Tél. 02/521.32.59 - Agréat. 1/2/210136
Pharm. HAMADE J.



Pharmacie HAMADE, I.
1070 Bruxelles
02 521.32.59

60

75 mg

Diclofenac EG Retard
Diclofenac - Natrium

Elke tablet met verlengde afgifte bevat 75 mg natriumdiclofenac.
Bevat sucrose. Lees voor het gebruik de bijsluiter. Oraal gebruik.
Buiten het zicht en bereik van kinderen houden.
Bewaren bij kamertemperatuur (15-25°C), in de oorspronkelijke
verpakking ter bescherming tegen licht. Op medisch voorschrift.
Chaque comprimé à libération prolongée contient 75 mg de
diclofénac sodique. Contient du saccharose.
Lire la notice avant utilisation. Voie orale. Tenir hors de la vue
et de la portée des enfants. A conserver à température ambiante
(15-25°C), dans l'emballage extérieur d'origine à l'abri de la lumière.
Sur prescription médicale.



Jede Retardtablette enthält 75 mg Diclofenac-Natrium.
Enthält Sucrose. Packungsbeilage beachten. Zum Einnehmen.
Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren.
Bei Zimmertemperatur lagern (15-25°C), in der Originalverpackung,
um den Inhalt vor Licht zu schützen. Verschreibungspflichtig.

3-129-218-1/6

EG (Eurogenerics) NV Heizel Esplanade b22 B-1020 Brussel BE210831

Tabletten met verlengde afgifte
Comprimés à libération prolongée
Retardtabletten



60

Diclofenac EG Retard

Natriumdiclofenac

75 mg

PC-05400581001871
Lot./EXP.:/SN:

230295A
05/2026
FW6CAFV9EU



9247162
1812
BE
1805

Diclofenac EG Retard

Diclofénac sodique

75 mg

39x41x82mm

1805

Perindopril Sandoz® 8 mg

perindopril erbumine / périndopril erbumine / Perindopril-Erbumin

90 tabletten
comprimés
Tabletten



MULTIPHARMA
210136
BRIHOUM MINA

HAMADE J
02/521.32.59
06/02/2024

PERINDOPRIL COMP. 90 X 8 MG SZ.

1 x 1 compr. Par jour
(après le petit-déjeuner)

SANDOZ A Novartis
Division

Perindopril Sandoz® 8 mg

perindopril erbumine / périndopril erbumine / Perindopril-Erbumin

90 tabletten
comprimés
Tabletten



Pharmacie HAMADE J.
Place de la Vaillance 1
1070 Bruxelles
02/521.32.59

SANDOZ A Novartis
Division

Perindopril Sandoz® 8 mg

perindopril erbumine
périndopril erbumine
Perindopril-Erbumin

90 tabletten
comprimés
Tabletten



PC 07613421008680
SN 10697498199441
Lot NC2022
EXP 03 2025



SANDOZ A Novartis
Division

Elke tablet bevat 8 mg perindopril erbumine, overeenkomend met 6,676 mg perindopril.
Lees voor het gebruik de bijsluiter. Oraal gebruik. Buiten het zicht en bereik van kinderen houden.
Bewaren beneden 30°C. Bewaren in de oorspronkelijke verpakking, ter bescherming tegen vocht.
Geneesmiddel op medisch voorschrift.

Chaque comprimé contient 8 mg de périndopril erbumine, équivalent à 6,676 mg de périndopril.
Lire la notice avant utilisation. Voie orale. Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.
A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.
A conserver dans l'emballage d'origine, à l'abri de l'humidité.
Médicament soumis à prescription médicale.

Jede Tablette enthält 8 mg Perindopril-Erbumin, entsprechend 6,676 mg Perindopril.
Packungsbeilage beachten. Zum Einnehmen. Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren.
Nicht über 30°C lagern. In der Originalverpackung aufbewahren, geschützt vor Feuchtigkeit.
Verschreibungspflichtig.

SANDOZ A Novartis
Division

Perindopril Sandoz® 8 mg

perindopril erbumine / périndopril erbumine / Perindopril-Erbumin

90 tabletten
comprimés
Tabletten



98 filmomhulde tabletten
comprimés pelliculés
Filmtabletten



CRESTOR®
rosuvastatin. 20 mg

20 mg

110027594
93039015



CRESTOR®
rosuvastatin. 20 mg

20 mg

98 filmomhulde tabletten
comprimés pelliculés
Filmtabletten

LOT SK657
EXP 03 2026

PC: 04032129098053
SN: FWJMA606UX16W0



Bewaren beneden 30°C. Bewaren in de oorspronkelijke verpakking ter bescherming tegen vocht.
A conserver à une température ne dépassant pas 30°C. A conserver dans l'emballage d'origine à l'abri de l'humidité.
Nicht über 30°C lagern. In der Originalverpackung aufbewahren, um den Inhalt vor Feuchtigkeit zu schützen.

Buiten het zicht en bereik van kinderen houden.
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.
Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren.

Elke filmomhulde tablet bevat 20 mg rosuvastatine (in de vorm van rosuvastatine calcium).
Chaque comprimé pelliculé contient 20 mg de rosuvastatine (sous la forme de rosuvastatine calcique).
Jede Filmtablette enthält 20 mg Rosuvastatin (in Form von Rosuvastatin Kalzium).

Bevat lactose monohydraat.
Zie de bijsluiter voor meer informatie.
Contient du lactose monohydraté.
Lire la notice pour plus d'informations.
Enthält Laktose-Monohydrat.
Siehe die Gebrauchsinformation für nähere Informationen.

Voor gebruik de bijsluiter lezen.
Lire la notice avant utilisation.
Packungsbeilage beachten.

Geneesmiddel op medisch voorschrift.
Médicament soumis à prescription médicale.
Verschreibungspflichtig.

Oraal gebruik.
Voie orale.
Zum Einnehmen.

BE250223

MUL
21C
BR...JUM MINF-
CRESTOR 20 COMP. 98 X 20 MG
1 x 1 compr. Par jour
(entre le souper et le
coucher)

HAMADE
02/521.32.59
06/02/2024

Grünenthal nv/sa
Lenneke Marelaan 8
1932 St-Stevens-Woluwe

AZ68BR7A/1001
1



PC: 05400581000874
Lot:/EXP.:/SN:

Betahistine EG

Betahistinedih

MULTIPHARMA
210136

BRIHOUM MINA

HAMADE j
02/521.32.59

06/02/2024

BETAHISTINE COMP. 84 X16 MG EG

1 compr. 2* / jour(s)



16 mg

⊕ 84

Tabletten
Comprimés

3-129-115-1/15



230478A
09/2026
F08XAFUT15

004214

9295427 2004

Betahistine EG

Dichlorhydrate de bétahistine

16 mg

50x35x110

Pharmacie HAMADE,
Place de la Vallée 1
1070 Bruxelles
02/541.32.59

Betahistine EG

Dichlorhydrate de bétahistine

16 mg



12

Elke tablet bevat 16 mg betahistinedihydrochloride. Lees voor het gebruik de bijsluiter. Oraal gebruik. Buiten het zicht en bereik van kinderen houden. Bewaren beneden 25°C. Bewaren in de oorspronkelijke verpakking ter bescherming tegen vocht. Op medisch voorschrift.

Chaque comprimé contient 16 mg de dichlorhydrate de bétahistine. Lire la notice avant utilisation. Voie orale. Tenir hors de la vue et de la portée des enfants. A conserver à une température ne dépassant pas 25°C. A conserver dans l'emballage extérieur d'origine, à l'abri de l'humidité. Sur prescription médicale.

Jede Tablette enthält 16 mg Betahistindihydrochlorid. Packungsbeilage beachten. Zum Einnehmen. Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. Nicht über 25°C lagern. In der Originalverpackung aufbewahren, um den Inhalt vor Feuchtigkeit zu schützen. Verschreibungspflichtig.

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

BE208932

Betahistine EG

Betahistindihydrochlorid

16 mg





* B E P 1 A S E O N Z F 5 *

PREUVE DE PRESCRIPTION ELECTRONIQUE

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

Prescripteur :	Tahri Mohammed
Nr INAMI :	18555407004
Bénéficiaire :	Brihoum Mina
NISS :	48122046626

Contenu de la prescription électronique

1	1 - 1620483 - Diclofenac EG Retard 75 mg compr. lib. prol. 60 null null <i>Posologie : 2 x 1 compr. Par jour (après le petit-déjeuner, après le souper)</i> <i>Date début traitement : 05/02/2024</i> Médicaments temporaire
---	---

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

Date : 05/02/2024

Date de fin pour l'exécution : 04/05/2024

416 MULTIPHARMA
Place de la Vaillance 1
1070 ANDERLECHT
Tel. 02/521.32.59 - Agréat. 1/2/210136
Pharm. HAMADE J.



* B E P 0 4 9 0 F 3 5 0 Y *

PREUVE DE PRESCRIPTION ELECTRONIQUE

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

Prescripteur :	Tahri Mohammed
Nr INAMI :	18555407004
Bénéficiaire :	Brihoum Mina
NISS :	48122046626

Contenu de la prescription électronique

1	1 - 1657709 - Betahistine EG 16 mg comp. 84 null null <i>Posologie : 1 compr. 2* /jour(s)</i> <i>Date début traitement : 05/02/2024</i> Médicaments temporaire
---	---

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

Date : 05/02/2024

Date de fin pour l'exécution : 04/05/2024

416 MULTIPHARMA
Place de la Vaillance 1
1070 ANDERLECHT
Tél. 02/521.32.59 - Agréat. 1/2/210136
Pharm. HAMADE J.

MULTIPHARMA ANDERLECHT

N° BCE de la pharmacie 0866.855.346

HAMADE jabr

Place de la Vaillance 1 1070 ANDERLECHT

Tel 02/521.32.59

Email Multipharma.0416@multipharma.be

Web www.multipharma.be

Ticket : 416586

Le 06/02/2024 à 11h54

Ordonnance No 828406

1 Betahistine comp. 84 x16 mg eg 7,20

Accomp. 1ère délivrance

Sous total à payer : 7,20

Ordonnance No 828407

1 Crestor 20 comp. 98 x 20 mg 3,66

Accomp. 1ère délivrance

Sous total à payer : 3,66

Ordonnance No 828408

1 Diclofenac ret. comp. 60x 75mg eg =c= 1,20

Accomp. 1ère délivrance

Sous total à payer : 1,20

Ordonnance No 828409

1 Perindopril comp. 90 x 8 mg sz. 4,74

Accomp. 1ère délivrance

Sous total à payer : 4,74

Vente Directe

1 Microlax 5 ml minilaven. tb. 12 17,24

1 Dulcolax supp. 10x10 mg bisacodyl 8,01

Sous total à payer : 25,25

Nombre d'articles : 6

Total avant arrondi : 42,05

Arrondi du prix : 0,00

TOTAL À PAYER

42,05 EUR

Bancontact/Maestro: 42,05 EUR



* T C 4 1 6 5 8 6 *

INTERVENTION ASSURANCE MALADIE: 60,55 EUR

TOTAL: 102,60 EUR

Numero sécurisation : 00012469

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