

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
OBTENIR 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.

Reéducation :

- 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Preise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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'Horioge



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

Déclaration de Maladie

N° W21-673899

97068

NJ

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autre**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9613 Société : _____

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre :** _____

Nom & Prénom : ATHENMOU LAHCEN

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Tél. : _____ Total des frais engagés : _____

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : _____ / _____

Nom et prénom du malade : _____ Age : _____

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : _____ Le : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

N° d'entreprise: 0941792893
Hôpital Universitaire Erasme
Route de Lennik, 808
1070 ANDERLECHT
710/406/22/000

005404/006231

R4076P061662-SI11-0000-[3/3]

45154496

N° du document: 1215
Réf. Etablissement: 7707
Envoi n° (S.E.): 0421
N° Compte financier: BE28
N° Téléphone:

COMPLÉTER CI-DESSOUS OU APPOSER UNE VIGNETTE DE L'O.A.
Nom et prénom du patient: GUENZADUZ FATIMA
Organisme assureur: 100
NISS:
Adresse du patient: RUE VANDERLINDEN 80 1030 SCHAERBEEK

Nom et prénom du patient:

GUENZADUZ FATIMA
Titulaire
Ambulant
770710FGAA
71040622000

Le patient est hospitalisé/Ambulant:

N° d'identification du patient:

N° de l'établissement hospitalier:

ATTESTATION GLOBALE DE SOINS DONNES

Date prestation	Numéro prestation	N (1)	CD L/A/S (2)	3116053 N° INAMI et nom du dispensateur	N° INAMI et nom du prescripteur	Date prescription	A charge O.A.	A charge patient
150921	469214			17727343730 DENDIEVEL, RENAUD	17727343730 DENDIEVEL, RENAUD	150921		63,50

Si vous transmettez cette attestation à votre mutuelle une partie du montant à votre charge vous sera remboursée.

- (1) Code norme: N = Nuit; W = Week-end; F = Jour férié; 1 = Aide opératoire 10 %;
2 = Aide opératoire 5 %; 5 = Remboursement à 50 %.
(2) C.D. = Code de la dent traitée.
L/A/S = Référence au laboratoire ou appareillage ou service agréé.

Total en euro

63,50

Codification L/A/S en (2)
L/A/S - 1
L/A/S - 2
L/A/S - 3

Je certifie disposer de documents démontrant que les prestations dont le nom figure en regard de chacune d'elles
Date, nom, qualité et numéro d'identification INAMI du signataire
Docteur HOUGARDY JEAN M.
MEDECIN CHEF 26-11-2008

REÇU

1/97565/37/380

Perçu pour le compte du N° BCE:

0941792893

Date:
Signature

Reçu la somme de

0,00

EUR.

CR / RENAUD



Demande pour un examen cardiaque/vasculaire

PATIENT HOSPITALISÉ / AMBULATOIRE

- ☐ urgent (endéans les 24h),
justifiez
- ☐ endéans les 15 jours
- ☐ endéans les 3 mois
- ☐ avant la prochaine consultation
(+date)

TRANSPORT

- ☐ à pied (valide)
- ☐ en chaise
- ☐ en lit
- ☐ O2
- ☐ Ne peut tenir debout

21064881728



8458 CARDIOLOGIE
27/10/21 10H03
1-77273-43-730
Dendievel, Renaud

GUENZAOUZ, FATIMA
RUE VANDERLINDEN 80, 1030 SCHAERBEEK

770710FGAA F DN: 10/07/1977
OA 000/00 000/000

- ☐ Recherche Clinique Etude
cpt 1093 ERA
n°
- Protocol number

- ☐ Expertise

- ☐ Médecine du travail

MOTIF DE LA DEMANDE (Informations cliniques pertinentes – conditions associées) :

BILAN DE VALVULOPATHIE MITRALE

→ Répétition d'examen :

Une échographie a-t-elle été réalisée dans l'année civile en cours ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, justifiez le besoin actuel :

L'examen doit-il être réalisé dans un programme spécifique : ☐ Non ☐ Oui Dr

PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES :

- ☐ Patient à jeun (examen
transoesophagien, aorte)
- ☐ ATCD de glaucome à angle fermé
- ☐ Arrêt des bêta-bloquants
(écho. Dobutamine)
- ☐ Allergies, si oui précisez :
- ☐ ATCD de rétention urinaire
- ☐ Autre (précisez)

EXAMENS CARDIAQUES :

- ☐ ECG ☐ Epreuve d'effort ☐ Ergospirométrie ☐ MAPA ☐ Holter : 24h - 48h - 72h ou 7 jours* ☐ R-test
- ☒ Echocardiographie transthoracique (ETT) ☐ Echocardiographie transoesophagienne** (ETO) ☐ Echocardiographie à la Dobutamine
- ☐ Echocardiographie à l'effort (sur cycloergomètre) ☐ Test bulles ☐ Contrôle pacemaker*** ☐ Contrôle Défibrillateur*** ☐ Autre :
- * Uniquement après Holter de 24 heures et selon avis ** Préférer la réalisation d'une ETT avant *** Modèle

EXAMENS VASCULAIRES :

- ☐ Echo Doppler (Duplex) Artériel ☐ Echo Doppler (Duplex) Veineux ☐ Capillaroscopie
- Région à investiguer :
- ☐ Carotides/ vertébrales ☐ Transcrânien ☐ Membres inférieurs ☐ Membres supérieurs ☐ Autre :
- ☐ Fistule artério veineuse ☐ Pré-fistule ☐ Artères temporales ☐ Artères ophtalmiques ☐ Mesure des pressions aux chevilles (IPS/ABI)

CACHET DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR *

Date : 15/10/2021

Cachet+Signature:

Dendievel, Renaud
1.77273.43.730
Médecin spécialiste en cardiologie
CUB Hôpital Erasme
Route de Lennik 808, 1070 Bruxelles
02 555 3111
SecMed.Cardio@erasme.ulb.ac.be

* Cachet du prescripteur avec mention du nom, prénom et numéro INAMI

Rendez-vous le heure

SANS CE DOCUMENT, L'EXAMEN NE PEUT PAS ÊTRE RÉALISÉ

Hôpital Universitaire Erasme
Route de Lennik 808
1070 Anderlecht

N° Inami 710/406/22/000 N° BCE 0941792893

Facture pour soins ambulatoires à l'hôpital - soins du 15-09-2021 au 15-09-2021

Número de facture 1215493198
A payer avant le 10-12-2021
Número de dossier 770710FGAA
Période de facturation 15-09-2021: 15-09-2021:
Número NISS
Rassemblement 042110
Nom patient GUENZAOUZ FATIMA
Adresse patient RUE VANDERLINDEN 80
1030 SCHAEERBEEK

Date de facture 31-10-2021
Date d'envoi 21-11-2021
Número d'enregistrement 770710FGAA00
Mutualité 100
Code bénéficiaire
Facture précédente

DETAIL FACTURE PATIENT

Communication

Exceptionnellement, des factures complémentaires pour lesquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de l'expédition de la première facturation ou des rectifications peuvent être envoyées plus tard au patient.
Pour des explications complémentaires ou demandes de plus de détails concernant les prestations : adressez-vous à votre mutuelle ou à l'hôpital.

1. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs)	Statut méd. (1)	Date	Code (9)	Nombre	A charge de l'assurance	A charge du patient (3)	Supplément (4)
Honoraires remboursables Honoraires partiellement à charge de la mutualité DENDIEVEL,RENAUD Prescripteur DENDIEVEL,RENAUD ECHO TRANSTHORAC. C		15/09/21	469814	1		63,50	
Sous-total 1. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs)						63,50	

TOTAUX	A charge de l'assurance	A charge du patient (3)	Supplément (4)
TOTAL		63,50	
Restant à payer			63,50
A verser sur le compte de l'hôpital : BE28001061502120			63,50

- (1) Conventionné (C) : le dispensateur est lié aux tarifs fixés dans une convention.
Partiellement conventionné (PC) : le dispensateur est certains jours, lié aux tarifs fixés dans la convention. Le dispensateur ou l'hôpital peuvent vous donner plus d'informations à ce sujet.
Non conventionné (NC) : le dispensateur n'est pas lié aux tarifs fixés dans une convention.
(3) La rubrique 'A charge du patient' comprend les montants personnels prévus légalement, des montants pour des produits non-remboursables (rubrique pharmacie), des montants pour des prestations pour lesquelles l'assurance maladie n'intervient pas (rubrique honoraires) et des « Autres montants » (autres que « Frais divers » et « Autres fournitures ») et montants entièrement à charge du patient pour laquelle une TVA est due (montants sans TVA).
(4) Supplément est facturé en plus du montant officiel des honoraires. Ces montants peuvent être la suite de services non-conventionnés ou partiellement conventionnés et sont entièrement à charge du patient.
Vous pouvez retrouver la description complète de la prestation et ses tarifs de remboursement en consultant le site de l'Inami dans la banque de données Nomenclature disponible sur le site web de l'Inami : <http://www.inami.fgov.be>.

N° Agrément Hôpital 710/406/22/000
N° Bce Be 0941.792.893

Contact service facturation

☎: +32 2 555 36 63 du lundi au vendredi
de 9h à 12h30 et de 13h à 15h

@: facture@erasme.ulb.ac.be

✉: Hôpital Erasme, service facturation
route de Lennik 808, 1070 Anderlecht

Exp. Hôpital Ergisme, route de Lennik 808, 1070 Anderlecht
BB-W1-L2



GUENZAOUZ FATIMA
RUE VANDERLINDEN 80
1030 SCHAERBEEK

R4076-P111-D-006231

FACTURE

Numéro de facture	Numéro de dossier	Période de facturation	A payer avant le
1215493198	770710FGAA	Du 15-09-2021 au 15-09-2021	10-12-2021

L'Hôpital Universitaire Erasme vous donne la possibilité d'effectuer :

- Le paiement en ligne
<http://payment.erasme.ulb.ac.be>
- Le paiement par QR code



Montant à payer : 63,50 €

Notre compte

Iban : BE28 0010 6150 2120

BIC : GEBABEBB

Communication structurée :

+++121/5493/19869+++

Veuillez noter que le non-paiement de cette facture peut entraîner des frais de rappel à votre charge.

Handtekening(en)
Sgrature(s)
Unterschriften

OVERSCHRIJVINGSOPDRACHT
ORDRE DE VIREMENT
ÜBERWEISUNGS-AUFTRAG

Abstract

Gewensile uilyceringsdatum in de loek amst / Date d'execution se chatee d'antje fut. : Gewensile uilyceringsdatum in de loek amst / Date d'execution se chatee d'antje fut.

Bedrag / Montant / Betrag	EUR	CENT
6 3	5	0

Rekening opdrachtgever (IBAN)
Compte donneur d'ordre (IBAN)
Konto des Auftraggebers (IBAN)

Naam en adres opdrachtgever
Nom et adresse du client
Name und Adresse des Auftraggebers

GUENZAOUZ FATIMA
RUE VANDERLINDEN 80
1030 SCHAERBEEK

B E 2 8 0 0 1 0 6 1 5 0 2 1 2 0

G E B A B E B B

Hôpital Universitaire Erasme
Route de Lennik, 808
1070 ANDERLECHT

+ + + 1 2 1 / 5 4 9 3 / 1 9 8 6 9 + + +

Hôpital
Erasmus**C.H.U. Erasme**

Route de Lennik 808 - B-1070 Bruxelles

Rapport d'échocardiographie trans-thoracique

Identification: GUENZAOUZ, FATIMA	Date étude: 15/09/2021 14:23
N°dossier: 770710FGAA	
Né(e) le: 10/07/1977 (d/MM/yyyy)	Sexe: Féminin
Age: 44 an(s)	Taille: 162 cm
Raison de l'examen: atcd atteinte rhumatismale bilan cardiaque	Poids: 82 kg
	SC: 1,9 m ²

Mesures & calculs modes 2D/TM

ép. STV td: 0,83 cm	Diam. int. VG td: 5,8 cm	% raccourcissement: 21,5 %	MVG td (cube): 169,6 grammes
	Diam. int. VG ts: 4,5 cm	Vol. td (Teicholz): 163,6 ml	Indx MVG td (cube): 90,7 grammes/m ²
	ép. PPVG td: 0,75 cm	Vol. ts (Teicholz): 93,2 ml	
		FEj (Teicholz): 43,0 %	

Diam. racine Ao: 2,9 cm	Diam. CCVG: 2,0 cm	Diam base VD td A4C: 3,8 cm	Surf. OD: 13,4 cm ²
Surf. racine Ao: 6,8 cm ²	Surf. CCVG: 3,2 cm ²		
Diam. OG: 5,0 cm			

Surf. OD indexée: 7,2 cm ²	TAPSE: 1,6 cm	Volume OG (bp): 183,3 ml	Volume OG (bp) indexé: 99,1 ml/m ²
---------------------------------------	---------------	--------------------------	---

Mesures & calculs Doppler

Vmax onde E VM: 121,5 cm/s	Vél. max. E' AM méd.: 10,7 cm/s	Vél. max E' AM lat.: 13,9 cm/s	V2 max VAo: 110,3 cm/s
			Grad. max VAo: 4,9 mmHg
			Surf. VAo (V,S): 1,9 cm ²
			Surf. VAo (V,D): 1,9 cm ²

Grad. max. VI CCVG: 1,8 mmHg	Vmax IM: 522,9 cm/s	Débit régurgité IM: 166,5 cm ³ /s	DC (CCVG): 3,8 l/min
Grad. moy. VI CCVG: 0,89 mmHg	Grad. max IM: 109,4 mmHg	Surf. orif. mit. IM: 0,32 cm ²	IC (CCVG): 2,0 l/min/m ²
VI max CCVG: 66,3 cm/s	Vmoy IM: 395,8 cm/s	Volume régurgité IM: 50,1 ml	VEj (CCVG): 44,2 ml
VI moy CCVG: 43,1 cm/s	Grad. moy IM: 71,1 mmHg	Rayon convrg IM (PISA): 0,94 cm	IEj (CCVG): 23,6 ml/m ²
Intg. T-V VI CCVG: 13,7 cm	Intg. T-V IM: 157,5 cm	Vél. aliasing IM: 30,0 cm/s	
dP/dt VG: 1069 mmHg/s			

T. accél. VP: 0,22 s	Vmax IT: 256,7 cm/s	PAP (T. accél.): -19,2 mmHg	E/E' (lat): 8,7 {ratio}
	Grad. max IT: 26,4 mmHg		

E/E' moy: 9,9	Vél. max. S An Tric.: 9,4 cm/s
---------------	--------------------------------

Codes procéduraux

Echo transthoracique complet (469814).

Ventricule Droit

Le ventricule droit est d'une taille globalement normale.

Oreillettes

L'oreillette gauche présente une dilatation sévère.

Valve Mitrale

La valve mitrale semble présenter une atteinte rhumatismale. On note une régurgitation mitrale de moyenne à sévère.

Valve Aortique

L'appareil valvulaire aortique est tricuspide.

Valve Pulmonaire

Les sigmoïdes pulmonaires sont mal visualisées.

Gros Vaisseaux

La veine cave inf. n'est pas dilatée.

Péricarde / plèvre

Il n'y a pas d'épanchement péricardique.

Fonction diastolique

Pas d'anomalie du remplissage VG.

Synthèse

FEVG conservée, dyskinésie septale.

VG légèrement dilaté - DC abaissé à l'échocardiographie.

OG sévèrement dilatée.

Régurgitation mitrale excentrique moyenne à sévère sur valve remaniée, mobilité restreinte du feuillet postérieur.

PAPs 30 mm Hg POD normale.

Fonction longitudinale peu altérée.

Péricarde libre.

Responsable rapport: Dr. R Dendievel 27/10/2021 10:07

Médecin prescripteur: Dendievel, Dr. R

Praticien écho: Loiseau, J

Hôpital Universitaire Erasme
Route de Lennik 808
1070 Anderlecht
N° Inami 710/406/22/000 N° BCE 0941792893

Facture pour soins ambulatoires à l'hôpital - soins du 15-09-2021 au 15-09-2021

Numéro de facture	1215493198	Date de facture	31-10-2021
A payer avant le	10-12-2021	Date d'envoi	21-11-2021
Numéro de dossier	770710FGAA	Numéro d'enregistrement	770710FGAA00
Période de facturation	15-09-2021; 15-09-2021;	Mutualité	100
Numéro NISS		Code bénéficiaire	
Rassemblement	042110	Facture précédente	
Nom patient	GUENZAOUZ FATIMA		
Adresse patient	RUE VANDERLINDEN 80 1030 SCHAERBEEK		

DETAIL FACTURE PATIENT

Communication

Exceptionnellement, des factures complémentaires pour lesquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de l'expédition de la première facturation ou des rectifications peuvent être envoyées plus tard au patient.
Pour des explications complémentaires ou demandes de plus de détails concernant les prestations : adressez-vous à votre mutuelle ou à l'hôpital.

1. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs)	Statut méd. (1)	Date	Code (9)	Nombre	A charge de l'assurance	A charge du patient (3)	Supplément (4)
Honoraires remboursables							
Honoraires partiellement à charge de la mutualité							
DENDIEVEL,RENAUD							
Prescripteur DENDIEVEL,RENAUD							
ECHO TRANSTHORAC.	C	15/09/21	469814	1		63,50	
Sous-total 1. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs)						63,50	

TOTAUX	A charge de l'assurance	A charge du patient (3)	Supplément (4)
TOTAL		63,50	
Restant à payer			63,50
À verser sur le compte de l'hôpital : BE28001061502120			63,50

- (1) Conventionné (C) : le dispensateur est lié aux tarifs fixés dans une convention.
Partiellement conventionné (PC) : le dispensateur est certains jours, lié aux tarifs fixés dans la convention. Le dispensateur ou l'hôpital peuvent vous donner plus d'informations à ce sujet.
Non conventionné (NC) : le dispensateur n'est pas lié aux tarifs fixés dans une convention.
- (3) La rubrique "A charge du patient" comprend les montants personnels prévus légalement, des montants pour des produits non-remboursables (rubrique pharmacie), des montants pour des prestations pour lesquelles l'assurance maladie n'intervient pas (rubrique honoraires) et des "Autres montants" (autres que "Frais divers" et "Autres fournitures") et montants entièrement à charge du patient pour laquelle une TVA est due (montants sans TVA).
- (4) Supplément est facturé en plus du montant officiel des honoraires. Des montants peuvent être fixés par des médecins non-conventionnés ou partiellement conventionnés et sont entièrement à charge du patient.
- Vous pouvez retrouver la description complète de la prestation et ses tarifs de remboursement en consultant le mode de celle-ci dans la banque de données "Nomenclature" disponible sur le site web de l'Inami : <http://www.inami.fgov.be>.