

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.

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



Déclaration de Maladie
M22- 0048160

- Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 494 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BRITHOUM Mina

Date de naissance :

Adresse : 145236

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 : 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) :

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 :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-777221

EP gms

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0494 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : BRITOU M
 Date de naissance : 20-12-48
 Adresse : 31 rue Azambak Hay Salam
 Tél. : 0674 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 : 22/12/22
 Nom et prénom du malade : BRITOU M MINA 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 déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : 22/12/2022
 Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 22/12/22 | 10.1076 | | 28€ | INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] DOCTEUR TAHRI Mohammed Cabinet: Rue de Veeweyde 61 TEL: 02 523 00 93 B-1070 1-85554-07-004 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Date | Montant de la Facture |
|----------|-----------------------|
| 22/12/22 | 25,65€ |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'OOF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---|------------------|-------------|---|--|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|--|---|----------|----------|----------|----------|---|
| | | | | 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 | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th colspan="2"></th> <th>B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table> | | | H | | G | | 25533412 | 00000000 | 21433552 | 00000000 | D | | | B | 00000000 | 35533411 | 00000000 | 11433553 | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | H | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 00000000 | 21433552 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | | | B | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 35533411 | 00000000 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | 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

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 No 856762 | | |
| 1 Thymoseptine sir. 250 ml | | 11,68 |
| | Sous total à payer : | 11,68 |
| ----- | | |
| Ordonnance No 856763 | | |
| 1 Duovent hfa aer. dos. 200 x 50 mcg | | 1,32 |
| Accomp. 1ère délivrance | | |
| | Sous total à payer : | 1,32 |
| ----- | | |
| Ordonnance No 856764 | | |
| 1 Seretide aer. dos. 120x25mcg-250mcg | | 5,46 |
| Accomp. 1ère délivrance | | |
| | Sous total à payer : | 5,46 |
| ----- | | |
| Ordonnance No 856765 | | |
| 1 Bisoprolol comp. 100 x 2.5 mg eg | | 1,11 |
| | Sous total à payer : | 1,11 |
| ----- | | |
| Ordonnance No 856766 | | |
| 1 Elocom cr. 100 gr 0.1% | | 2,48 |
| Accomp. 1ère délivrance | | |
| | Sous total à payer : | 2,48 |
| ----- | | |
| Ordonnance No 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

Bancontact/Maestro: 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
Commerçant: 01808512
Periode: 1873
Transaction: 00063395

Bancontact
(A0000001761010)

Carte: xxxxxxxxxxxxxxx3007
Numero de sequence carte: 1

PAIEMENT

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

WORLDLINE.

Total: 25,65 EUR

Sans contact

Methode de lecture: PUCE



DAFALGAN[®] PARACETAMOL
FORTE
1g

ZUM EINNEHMEN

DAFALGAN[®]
PARACETAMOL
FORTE
1g

50 FILMTABLETTEN
SCHMERZEN & FIEBER

Iedere 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.
POSOLOGIE : 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).

EXP/Verwendbar bis :
A4154 Lot/CH-B:

8

ZUM EINNEHMEN

DAFALGAN[®]
PARACETAMOL
FORTE
1g

50 FILMTABLETTEN
SCHMERZEN & FIEBER

DOSERING - POSOLOGIE - DOSIERUNG

1414915

ORAAL GEBRUIK
VOIE ORALE

DAFALGAN[®]
PARACETAMOL
FORTE
1g

50 FILMOMHULDE TABLETTEN
50 COMPRIMES PELLICULES



PIJN & KOORTS
DOULEURS & FIEVRE



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 Schmidlaan 87 - B - 1040 Etterbeek



Bisoprolol EG

Bisoprololfumaraat

2,5 mg

Pharm. MENDJE Edith-Flore
Rue Wayez 111 Wayezstraat
1070 Anderlecht
02/521.59.37



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

100
Tabletten
Comprimés

2,5 mg



Fumarate de bisoprolol

Bisoprolol EG

Bisoprolol EG

Fumarate de bisoprolol

2,5 mg



Lot: 29319F/1
EXP.05 2025
PC: 05400581001017
SN: 1681G6XWG



9294332
1901
BE

5

Bisoprolol
Bisoprolol

43x55x115

LA20990



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



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

Duovent® HFA
0,020 mg/0,050 mg
Druckgasinhalation, Lösung
10 ml = 200 HÜbe

Une bouffée contient 0,020 mg de bromure d'ipratropium anhydre (= 0,021 mg de bromure d'ipratropium monohydraté) et 0,050 mg de bromure de fénatérol. Excipients: Acide citrique anhydre - Eau purifiée - Ethanol absolu - Tétrafluoroéthane. Eén verstuiving bevat 0,020 mg ipratropiumbromide watervrij (= 0,021 mg ipratropiumbromide monohydraat) en 0,050 mg fenoterolhydrobromide. Hulpstoffen: Citroenzuur watervrij - Gezuiverd water - Absolute ethanol - Tetrafluoroethaan.

Ein Hub enthält 0,020 mg Ipratropiumbromid wasserfrei (= 0,021 mg Ipratropiumbromid-Monohydrat) und 0,050 mg Fenoterolhydrobromid. Sonstige bestandteile: Zitronensäure wasserfrei - gereinigtes Wasser - reiner Alkohol - Tetrafluoroäthan.

Voie inhalée. Lire la notice avant utilisation. Inhalatie. Vóór gebruik de bijsluiter lezen. Zur Inhalation. Packungsbeilage beachten.

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

A conserver entre 15-25°C, à l'abri de la lumière, de la chaleur et du gel.

Flacon pressurisé: ne pas percer ni brûler. Bewaren tussen 15-25°C. Beschermen tegen licht, hitte en vorst. Busje onder druk: niet openmaken, niet verbranden.

Bei 15-25°C lagern. Vor Licht, Hitze und Frost schützen. Druckbehältnis: Nicht gewaltsam öffnen, nicht verbrennen.

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

BE223063



Duovent® HFA
0,020 mg/0,050 mg
Solution pour inhalation en flacon pressurisé

10 ml =
200 bouffées

Ipratropium bromide

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



Bo
Ingelheim

MULTIPHARMA
210131
BRIHOUJ MINA
DUOVENT HFA AER. DOS. 200 X 50 MCG
1 x par jour

MULTIPHARMA
MENDJE E
02/521.59.37
22/12/2022

Pharm. MENDJE Edith-Rose
Rue W. Peyer 111 Mispelstrasse
1070 A. Anderlecht
02/521.59.37

314668-10

14
09

PC: 04048846015273

SN: 10082716661120
Lot: 202370
EXP: 03 2025

Thymo septine®

Sirup

THYMIAN-FLÜSSIGEXTRAKT

SCHLEIMLÖSENDE SIRUP MIT THYMIAN

Behandelt Husten aufgrund einer Erkältung.

DE GEBRAUCHSANWEISUNG max 4 x / Tag

Kinder ab 2 Jahren 5 ml (1 Teelöffel)

Kinder ab 7 Jahren 10 ml (2 Teelöffel)

Erwachsene und Jugendliche ab 12 Jahren 15 ml (1 Esslöffel)

BESTANDTEILE : Flüssigextrakt (1:1) aus *Thymus vulgaris* L., herba (Thymiankraut) 750 mg / 5 ml.

Enthält: Saccharose, Ethanol.

Nicht geeignet für Kinder unter 2 Jahren.

Sirup 250 ml

Medicament traditionnel à base de plantes, ayant des indications spécifiques sur la base exclusive de l'ancienneté de l'usage. Consultez un médecin ou un pharmacien si les symptômes persistent pendant l'utilisation du médicament ou si des effets indésirables non mentionnés sur la notice se produisent. • Tenir hors de la vue et de la portée des enfants. • Voie orale. • Lire la notice avant utilisation. • Médicament non soumis à prescription médicale.

Traditioneel kruidengeneesmiddel voor gebruik bij met name geremde indicaties, uitsluitend op basis van langdurig gebruik. • Raadpleeg een arts of een apotheker als de symptomen tijdens het gebruik van het geneesmiddel aanhouden of als er zich niet in de bijzitter vermeldde bijwerkingen voordoen. • Buiten het zicht en bereik van kinderen houden. • Oraal gebruik. • Lees voor gebruik de bijzitter. • Geneesmiddel niet op medisch voorschrift.

Traditionelles pflanzliches Arzneimittel, zur Verwendung für spezifizierte Anwendungsgebiete ausschließlich aufgrund langjähriger Anwendung. • Konsultieren Sie einen Arzt oder Apotheker, wenn die Symptome bei Anwendung des Arzneimittels weiterbestehen oder andere als die in der Packungsbeilage erwähnte Nebenwirkungen auftreten. • Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. • Zum einnehmen. • Packungsbeilage beachten. • Apothekenpflichtig.

Tilman s.a./n.v., Z.I. Sud 15 • B-5377 Ballinville



Thymo septine®

Sirup

TIJM VLOEIBAAR EXTRACT

Tijmsiroop

Tilman®

250 ml



Thymo septine®

3716-123

Exp: Lot:

Thymo septine®

sirup • sirup

SIRUP EXPECTORANT AU THYM

Soulage la toux associée à un refroidissement.

FR MODE D'EMPLOI

Enfants à partir de 2 ans

Enfants à partir de 7 ans

Adultes et adolescents à partir de 12 ans

5 ml (1 cuillère à café)

10 ml (2 cuillères à café)

15 ml (1 cuillère à soupe)

max 4 x / jour

Sirup 250 ml

COMPOSITION : extrait fluide (1:1) de *Thymus vulgaris* L., herba (feuilles et fleurs de thym) 750 mg / 5 ml. Contient : saccharose, ethanol.

Ne pas administrer aux enfants de moins de 2 ans.

SUJMPLOSSENDE SIRUP

OP BASIS VAN TIJM

Behandelt de hoest tijdens een verkoudheid.

max 4 x / dag

5 ml (1 koffielepel)

10 ml (2 koffielepels)

Kinderen vanaf 7 jaar

Kinderen vanaf 2 jaar

Volwassenen en adolescenten vanaf 12 jaar

15 ml (1 soeplepel)

Sirup 250 ml

SAMENSTELLING : vloeibaar extract (1:1) van *Thymus vulgaris* L., herba (bladeren en bloemen van tijm) 750 mg / 5 ml. Bevat : saccharose, ethanol.

Niet toedienen aan kinderen jonger dan 2 jaar.

BE-TU449182



Thymo septine®

sirup

EXTRAIT FLUIDE DE THYM

Sirup au thym

MultiPharma

250 ml

Tilman®



MENDEJE E
02/521.59.37
22/12/2022

BRITHOUM MINA
TTHMOSEPTINE SIR. 250 ML
10 ml ap. déjeuner, 10 ml ap. dîner, 10 ml ap. supper

MULTIPHARMA
10131
2012

ET36-0021/02

A1806988R/02

2

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%

40 g

Flexium[®] gel 10%

gel ETOFENAMA(A)T

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. oleylctyl. aether polyglycol. – Macrogol. 400 – Carbomer. 940 – Natrii hydrox. – Propylenglycol. – Eucalypti aetherol. – Pini pulmilionis aetherol. – Alcohol isopropyl – Aqua purificata.
Bevat propylenglycol: lees voor gebruik de bijsluiter.
Contient du propylène glycol: lire la notice avant utilisation.
Enthält Propylenglycol: Packungsbeilage beachten.



0439-216

UITWENDIG GEBRUIK

USAGE EXTERNE

AUSSERLICHE ANWENDUNG

BE148294

 melisana
Cooperatieve Group

Melisana NV – SA
Karellovenlaan 1
Av. du Four à Briques
Brussel 1140 Bruxelles

46x31x170
617694

Flexium[®] gel 10%

gel ÉTOFÉNAMATE

Anti-inflammatoire
Contre les douleurs musculaires et articulaires

40 g

LOT EK5025
EXP 10.2026



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

Packungsbeilage sorgfältig beachten. Zur Inhalation. Vor Gebrauch schütteln.

Jede abgemessene Dosis (abgegeben aus dem Ventil) enthält 25 Mikrogramm Salmeterol (als Salmeterolxinafoaat) und 250 Mikrogramm Fluticasonpropionaat. Dies entspricht einer abgegebenen Dosis (abgegeben aus dem Mundrohr) von 21 Mikrogramm Salmeterol und 220 Mikrogramm Fluticasonpropionaat. 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 aufbewahren.
Verschreibungspflichtig.

62000000075824



Seretide

25 microgram/250 microgram/
per afgemeten dosis

Aërosol, suspensie
salmeterol / fluticasonpropionaat

120 doses

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

BE220701 CNK 1593-110

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Voie inhalée. Bien agiter avant utilisation.

Chaque dose mesurée (au niveau de la valve du flacon) contient 25 microgrammes de salmétérol sous forme de xinafoate de salmétérol et 250 microgrammes de propionate de fluticasone. Cela équivaut à une dose délivrée (au niveau du pulvérisateur) de 21 microgrammes de salmétérol et 220 microgrammes de propionate de fluticasone. Gaz propulseur : norflurane (HFA 134a).

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C. La cartouche contient un liquide pressurisé. Ne pas l'exposer à des températures supérieures à 50°C, la protéger des rayons du soleil.

Flacon pressurisé. Ne pas perforer, percer ni brûler la cartouche, même vide.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.
Médicament soumis à prescription médicale.

Lees voor gebruik aandachtig de bijsluiter.

Inhalatie. Goed schudden voor gebruik. Elke afgemeten dosis (ex-reservoir) bevat 25 microgram salmeterol (als salmeterol xinafoaat) en 250 microgram fluticasonpropionaat. Dit komt overeen met een toegediende dosis (ex-actuator) van 21 microgram salmeterol en 220 microgram fluticasonpropionaat. Drijfgas: norfluraan (HFA 134a).

Seretide

25 Mikrogramm /250 Mikrogramm/
pro abgemessene Dosis

Druckgasinhalation, Suspension
Salmeterol / Fluticasonpropionaat

120 Dosen



Seretide

25 microgrammes/250 microgrammes/
par dose mesurée

Suspension pour
pressurisée
salmétérol / pro

120 doses

Pharm.
MULTIPHARMA
Rue Wa
1070 A
02/521

MENDJEE
210131
BRIHOUM MINA

02/521.59.37
22/12/2022

SERETIDE AER. DOS. 120X25MCG-250MCG

1 dose 2 x par jour

MultiPharma

Rincer la bouche après

PC 05400571001171
EXP 04 2024
Lot 6M5D
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 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

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

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



BEP18ZZ78Y6T

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

111 MULTIPHARMA
Rue Wavez 111 Wavezstraat
Tel: 0216211070 Anderlecht
Pharm. Apotheek : Agréat. 1/22/10131
2/17367/10/001 MENDJE E-F
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 |
| Total : | | 21,60 € | |

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 précédant 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 estimez 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.



Signature(s)

ORDRE DE VIREMENT

Si complété à la main, n'indiquer qu'une seule MAJUSCULE ou un seul chiffre noir (ou bleu) par case

| | | | |
|--|--|-----|------|
| Date d'exécution souhaitée dans le futur | Montant | EUR | CENT |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | 21 | 60 |
| Compte donneur d'ordre (IBAN) | <input type="text"/> | | |
| Nom et adresse donneur d'ordre | M. Brihoum Mina CHAUSSEE DE NINOVE 655 1070 ANDERLECHT | | |
| Compte bénéficiaire (IBAN) | BE42210059451554 | | |
| BIC bénéficiaire | GEBABEB | | |
| Nom et adresse bénéficiaire | SOLIDARIS BRABANT RUE DUMIDI 111 1000 BRUXELLES | | |
| Communication | # # # 121 / 2571 / 12322 # # # | | |