

Ben Brahim Elyes

BCE 0755498554

INAMI : 5-06207-36-527

**Avenue Guillaume Stassart 3
Boite 45 Anderlecht 1070**

192091

tél : 0493 19 17 60

**Brihoum Mina
Chaussée de ninove 655 1et btel
B-1070 ANDERLECHT**

DEVIS KINESI

Anderlecht, 20/01/2024

Chère Mme Brihoum,

Concerne : votre traitement de kinésithérapie à partir du 20 décembre 2023,
Jusqu'à cette date, vous avez 20 séances en cours.

Nous vous prions de bien vouloir vous acquitter du montant de ces attestations en nous virant la somme de € 760,00 sur le compte BE74 0019 0013 3707 avec la communication suivante : +++003/0007/26524+++

Nous vous prions d'honorer la demande de paiement endéans les 15 jours suivant la date d'expédition.

Merci de tout cœur de votre collaboration et soyez assuré de notre totale cordialité.

**Mohamed Elyes Ben Brahim
Kinésithérapeute
Tél: 0465 65 06 54
INAMI: 5-06207-36-527**

Ben Brahim Elyes



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 canalaire, 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 canalaire.

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

Le 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

Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 174.9.1

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MINA

DR. RITHWAH

Venue ELMADI

Date de naissance : 20-12-1948

Adresse :

Tél. : 06 74 36 86 36

Total des frais engagés : 70E + 33.E27

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ABDALLAH ALLA
Orthopédie - Traumatologie
CHIRURGIE

Date de consultation :

20/07/2019

Age :

Nom et prénom du malade :

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

M22-0046898

AKALAY

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

70 + 33 E

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) : Janvier

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
11/12/2014				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DRUGSTORES 32200/6-14-001471814 Farm. : ROUBEN G. nd. : 1/6/2000/06/201	9/1/99	33,87 €

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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'ORL.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Coefficient des travaux

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

Coefficient des travaux

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



CENTRE HOSPITALIER INTERREGIONAL EDITH CAVELL

SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Chef de département
Dr M. LONNEUX

Site DELTA
Bd du Triomphe 201
B-1160 BRUXELLES
Tél. : 02/434.88.46
Fax : 02/434.89.05
Chef de service :
Dr MS. OUERTANI

Site Braine-l'Alleud – Waterloo
Rue Wayez 35
B-1420 BRAINE-L'ALLEUD
Tél. : 02/434.93.44
Fax : 02/434.96.18
Chef de service :
Dr S. PATHER

Site Sainte-Anne – Saint-Rémi
Bd Jules Graïndor 66
B-1070 BRUXELLES
Tél. : 02/434.30.75
Fax : 02/434.30.79
Chef de service :
Dr Y. DE MERLIER

Site de la Basilique
Rue Pangaert 37-47
B-1083 BRUXELLES
Tél. : 02/434.22.40
Fax : 02/434.21.33
Chef de service :
Dr J. DEFRENCQ

Centre Médical Edith Cavell
Rue Edith Cavell 32
B-1180 BRUXELLES
Tél. : 02/434.41.71
Fax : 02/434.41.69
Chef de service :
Dr MS. OUERTANI

Centre Médical Parc Léopold
Rue du Trône 100
B-1050 BRUXELLES
Tél. : 02/434.51.50
Fax : 02/434.51.51
Chef de service :
Dr MS. OUERTANI

Centre Médical Europe-Lambert
Rue des Pensées 1-5
B-1030 BRUXELLES
Tél. : 02/434.24.11
Fax : 02/434.24.65
Chef de service :
Dr D. DUFOUR

City Clinic Chirec Louise
Avenue Louise 235
B-1050 BRUXELLES
Tél. : 02/434.20.00
Fax : 02/648.85.98
Chef de service :
Dr MS. OUERTANI

Brussels Orthopedics & Sport Institute
Allée de la Minerva 2
B-1150 BRUXELLES
Tél. : 02/582.14.07
Chef de service :
Dr MS. OUERTANI

*Exp: Imagerie Médicale Site Sainte Anne - Saint Rémi
boulevard Jules Graïndor 66 - 1070 Bruxelles*

IMA

Dr ADEL AKALAY

**AV. STIENON 57
1020 LAEKEN**

Concerne: **Madame Brihoum Mina, né le 20/12/1948
726091981 - 2312200425 (A6)**

Examen(s) réalisé(s) le : 20/12/2023 SITE SAINTE ANNE - SAINT REMI

Honoré Confrère, Honorée Consoeur,

Nous vous remercions de nous avoir confié votre patient(e) pour réaliser l'examen suivant :

EXAMEN RÉALISÉ SCANNER DU GENOU GAUCHE

Indication clinique

Contrôle d'une fracture de la rotule.

Technique d'examen

Acquisition spiralée.

Reconstruction en trois plans.

Résultats

Ostéopénie. Enthésophytes rotuliens.

Épanchement articulaire modéré.

Fracture transversale de la rotule: absence de consolidation.

Traces d'un ancien traitement par broches.

Remaniements arthrosiques prédominant au compartiment fémoro-tibial interne et au compartiment fémoro-patellaire.

Tuméfaction du tendon sous-rotulien.

Œdème antérieur.

Conclusion

Absence de consolidation de la fracture de la rotule.

Meilleures salutations confraternelles,

Dr DAHIN LAURENT JEAN

Pour visualiser les images en ligne: <http://images.chirec.be>

Votre numéro de référence: **N28231220042576**

**MULTIPHARMA
ANDERLECHT**

N° BCE de la pharmacie 0866.655.346

ROBBEN Charlotte

Chaussée de Ninove 682 1070 ANDERLECHT

Tel 02/522.08.43

Email Multipharma.0477@multipharma.be

Web www.multipharma.be

Ticket : 349872

Le 09/01/2024 à 10h16

Ordonnance N° 687106

1 Fastum gel 60 gr 2.5% inpx. 10,25

Sous total à payer :

10,25

Ordonnance N° 687107

1 Flexofytol forte comp. 28 22,12

Sous total à payer :

22,12

Nombre d'articles : 2

Total avant arrondi : 32,37

Arrondi du prix : -0,02

TOTAL A PAYER

32,35 EUR

Carte de crédit: 132,35 EUR

Rendu monnaie

100,00 EUR



* T C 3 4 9 8 7 2 *

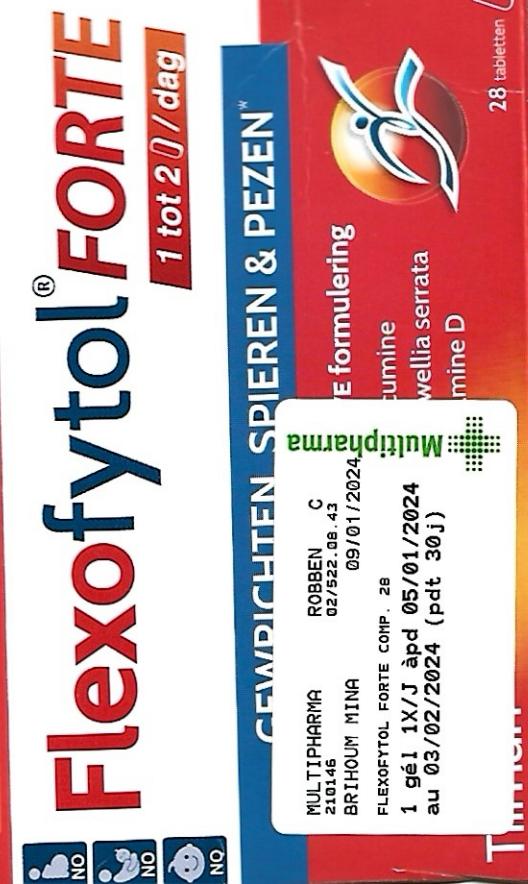
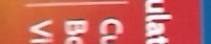
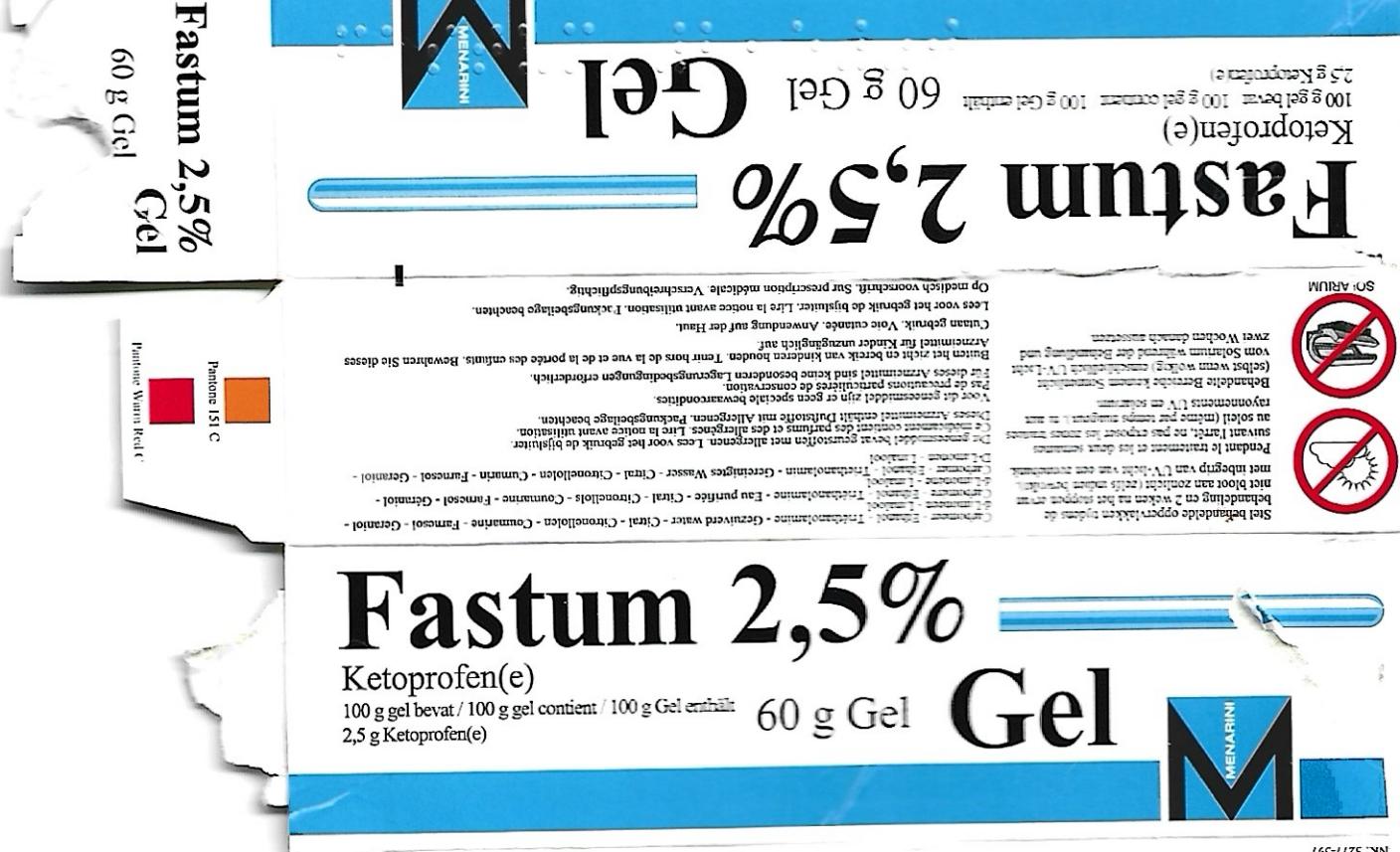
Utilisation MultiCo 0

Ancien solde 0 Points
Points reçus 0 Points

Nouveau solde 0 Points

Numéro sécurisation : 91274662

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



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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Aut

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 104941 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BRIHOUA MINA Veille EL HAF

Date de naissance : 20/12/1948

Adresse : 31 Rue A2 N BAK Hay Salam

Tél. : 0674368636 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin ADL

Orthopédie - Rhumatologie
CHIREG ASBL
Clinique Ste-Anne St-Rémi Kliniek
1-85300 11-480

Date de consultation : 20/12/2013 Nom et prénom du malade : BRIHOUA MINA 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'attent médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je dé 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 M23- N° 0034816 AK ALAY

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 : 706

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Horiaires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/11/13	do	do	do	DUPUC

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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'ORL.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Concerne: Mme Mina Brihoum née le 20/12/1948,
Ninoofse Steenweg 655 /0001 , 1070 ANDERLECHT
Num R.national:48122046626

PRESCRIPTION DE KINESITHERAPIE

Diagnostic:

Fracture rotule gauche à 7 mois de recul

Nombre de séance:

20

Rythme / Semaine:

2

Traitement:

Massage mobilisation reeducation fonctionnelle genou gauche Proprioception

Traitement spécifique :

Dr Adel AKALAY

1.85938.11.480

Fait le 20/12/2023

à Bruxelles, CHIREC