

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 bte1
B-1070 ANDERLECHT**

DEVIS KINESTI

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 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



Déclaration de Maladie

M22- 0046898

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0494 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MINA BRITHOCH Vener ELMANI

Date de naissance : 20-12-1948

Adresse :

Tél. : 06 74 36 86 36 Total des frais engagés : 70€ + 33€27

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Alamy ADIL
Ortodontologie - Radiologie
MBO

Date de consultation : 5/1/24

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : fracture rotulienne

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : chh

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

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) : JAMER

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
5/1/24		20		

Dr ADEL
Otolaryngologie
ORL et OASL
Centre de la Voix et de la Déglutition
105000 - 11-480

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
BRUXELLES 3220043 - Ag. Int. 10/2014 arm. : ROBEN C. nd.: 1/0/20300/06/201	9/1/24	33,27 €

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	

VOLET ADHERENT

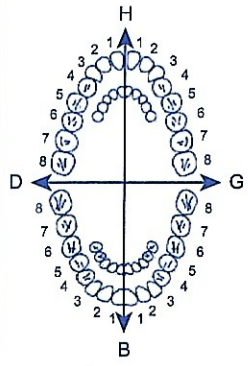
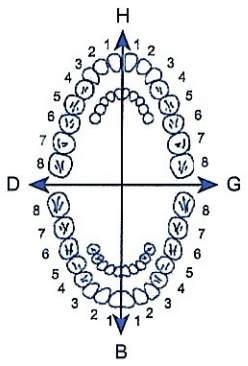
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'O

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS													
					DEBUT D'EXECUTION													
					FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table> <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
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT 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 Graindor 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. DEFRANCO

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-Lambermont
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 Graindor 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 spiralee.

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 0866.855.346

ROBBEN Charlotte

Chaussée de Ninove 682 1070 ANDERLECHT

Tel 02/522.08.43

Email Multipharma.04770multipharma.be

Web www.multipharma.be

Ticket : 349872

Le 09/01/2024 à 10h16

Ordonnance No 687106
1 Fastun gel 60 gr 2.5% imdex. 10,25
Sous total à payer : 10,25

Ordonnance No 687107
1 Flexofyto! 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 nonnaie 100,00 EUR



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



Stel behandelde oppervlakken tijdens de behandeling en 2 weken na het stoppen van de behandeling in brand. Het is niet toegestaan om met inbegrip van 'v' - vloeit van een open vlam.

Product te plaatsen op het droge oppervlak op soep (niet op een oppervlak dat is bevestigd aan een muur).

Behandelde oppervlakken kunnen brandgevaarlijk (gel) worden (niet op een oppervlak dat is bevestigd aan een muur).

zwei Wochen danach einweichen.

Fastum 2,5% Gel

Fastum 2,5% Gel
60 g Gel

Op medisch voorschrift. Sur prescription médicale. Verschrijbingsplichtig.

Lees voor het gebruik de bijsluiter. Lire la notice avant utilisation. L'usage est soumis à prescription médicale.

Cutan gebruik. Voie cutanée. Anwendung auf der Haut.

Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren.

Buiten het zicht en bereik van kinderen houden. Tenir hors de la vue et de la portée des enfants. Bewahren Sie das Medikament vor Kindern.

Fastum 2,5% Gel is een geneesmiddel dat wordt gebruikt bij de behandeling van pijn en ontsteking.

Fastum 2,5% Gel is een geneesmiddel dat wordt gebruikt bij de behandeling van pijn en ontsteking.

Fastum 2,5% Gel is een geneesmiddel dat wordt gebruikt bij de behandeling van pijn en ontsteking.

Fastum 2,5% Gel

Ketoprofen(e)
100 g gel bevat / 100 g gel contient / 100 g Gel enthält 60 g Gel 2,5 g Ketoprofen(e)

MENARIN

Robben 02/522.08.43
09/01/2024
FASTUM GEL 60 GR 2,5% IMPEX.
1 tube 1X/1 à pd 05/01/2024 (pdt 3j)
au 07/01/2024

Multipharma

Robben 02/522.08.43
09/01/2024
FASTUM GEL 60 GR 2,5% IMPEX.
1 tube 1X/1 à pd 05/01/2024 (pdt 3j)
au 07/01/2024

Fastum 2,5% Gel
60 g Gel

Flexofytol FORTE

JOINTS, MUSCLES & TENDONS
Exclusive standardised extract of Curcuma longa with 200 mg curcumin • Boswellia serrata exclusive oleoresin 51 mg standardised to 65% boswellic acids • Vitamin D3 1 µg

Usage: Ingredients and presentations: please see the leaflet inside.

Flexofytol FORTE

1 tot 2 0 / dag

CONSEILS D'UTILISATION		GEBRUIKSAANWIJZING	
Adultes dès 18 ans	Volwassenen vanaf 18 jaar	Startkuur 10 's morgens & 's avonds	Onderhoudskuur 10 's morgens
Prise initiale 10 matin & soir	Prise d'entretien 10 le matin		

Pour un résultat optimal, il est recommandé de maintenir la prise de Flexofytol® FORTE dans le temps.

Voor een optimaal resultaat wordt aanbevolen om Flexofytol® FORTE lange tijd te nemen.

Flexofytol FORTE

1 tot 2 0 / dag

formulering 3 mine D wellia serrata

Robben 02/522.08.43
09/01/2024
FASTUM GEL 60 GR 2,5% IMPEX.
1 tube 1X/1 à pd 05/01/2024 (pdt 3j)
au 07/01/2024

Multipharma

Robben 02/522.08.43
09/01/2024
FASTUM GEL 60 GR 2,5% IMPEX.
1 tube 1X/1 à pd 05/01/2024 (pdt 3j)
au 07/01/2024

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 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 une fois par an.

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 - 8ème 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

M23- N° 003481

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10404 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BRIHOU MINA Vende F. HAD F

Date de naissance : 20/12/1948

Adresse : 31 Rue A2 WBAK Hay Salam.

Tél : 0674368636

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Orthopédie-Traumatologie CHIRÈG ASBL Clinique Ste-Anne St-Remi Kliniek 1-8533841-480

Date de consultation : 20/12/23

Nom et prénom du malade : BRIHOU MINA Age :

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

Nature de la maladie : fracture ostéale gauche

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : chut

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 détiens la connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23- N° 0034816 AKALAY

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) : AKALAY

Total des frais engagés : 20 DEC

Date de dépôt : 20 DEC

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
20/11/18	DO	10	Chirurgie - Anesthésie	[Signature]
	Avis de CAS A			

EXECUTION DES ORDONNANCES

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

[illegible]**VOLET ADHERENT**

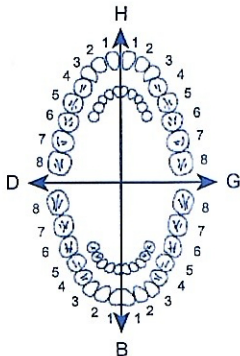
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'occlusion.

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

[illegible]

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