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

o	Réclamation	: contact@mupras.com
o	Prise en charge	: pec@mupras.com
o	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

Nº W19-511979

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

22350

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1130 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENLAMINE Thami

Date de naissance : 26-03-1951

Adresse : 56 LOT. OCEAN DAR BOUAZZA

Tél. : 0661194270 Total des frais engagés : 231,62 € ~~Dhs~~

Cadre réservé au Médecin

~~ard Médicale~~ CASSART A.
Médecine générale
Rue St Germain 79
1410 Waterloo
02 354 57 83

MUPRAS
24 FEV. 2020
ACCUEIL

Cachet du médecin :

Date de consultation 14/1/2020

Nom et prénom du malade : Benlamine Thami Age:

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

Nature de la maladie : Coxarthrose (Bilan) Traitement

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 : Waterloo **Le :** 14 / 01 / 20

Signature de l'adhérent(e) :

[redacted]

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
14.1.20	Consult 101076	1	35	INP : Sprl Médicale CASSART A. Médecine générale Rue St Germain 79 1410 Waterloo 02 354 57 83

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

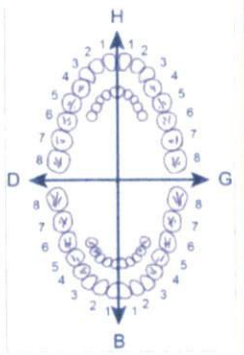
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
Dr. Ph. HUSTINX Chaussée de Bruxelles 1410 Waterloo NAMI 1/26343/33 93	17-01-2020	455276 45525422 460972 460294 460670	-196,62 €

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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



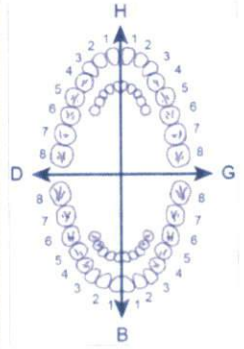
CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

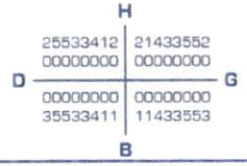
DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

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

IMAGINX

Radiologie
CT Scanner
Doppler
Mammographie
Tomosynthèse
Echographie
Ostéodensitométrie

Au Docteur
CASSART, ALAIN
RUE SAINT GERMAIN 79
1410 WATERLOO

Concerne **BENLAMINE, THANI**

Waterloo, 17/01/2020 1 / 1

Examen réalisé le **17/01/2020**

Cher confrère,
Veuillez trouver ci-dessous les résultats de l'examen réalisé chez votre patient(e).

Bassin et hanches. Échographie droite.

Motif: Bilan de coxarthrose. Douleur à droite.

Structure osseuse normale.
Pas de bascule significative du bassin en debout.
Aspect normal des articulations sacro-iliaques et des deux ailes iliaques.
Les interlignes coxo-fémoraux sont globalement respectés et symétriques.
Pas de lésion lytique ou condensante de nature évolutive.
À l'examen échographique de la région de la hanche droite :
Pas d'épanchement articulaire ni d'épaississement capsulaire.
Aspect normal des différents insertions tendineuses sur les différentes facettes du grand trochanter.
Sensibilité observée sur le trajet du nerf sciatique droit.
Conclusion : Pas de coxarthrose même débutante significative. Pas d'image en faveur d'une trochantérite.

PS.: dose 781 µGym2.

Bien confraternellement,
Dr. HUSTINX, PHILIPPE
(1.26843.33.930)

Chaussée de Bruxelles, 134 ■ 1410 WATERLOO ■ tél 02 354 77 60 ■ fax 02 351 53 56

17 -01- 2020

Formulaire de demande pour un examen en imagerie médicale

Par problématique clinique, un formulaire de demande distinct est exigé

Identification du patient *(remplir ou vignette O.A.)*

Nom : Benlamine , Prénom(s) : Phan..

Date de naissance :

Sexe : ❑ Masculin ❑ Féminin

Informations cliniques pertinentes

Douleur Hand Dr..
face post et ~~tubero~~ trochanter

Explication de la demande de diagnostic

Informations supplémentaires pertinentes

❑ Allergie	❑ Diabète	❑ Insuffisance rénale
❑ Grossesse	❑ Implant	❑ Autres

Examen(s) proposé(s)

1) Rx Bassin + Hand.
2) Echo région fessière Dr + trochanter

Examen(s) pertinent(s) précédent(s) relatif(s) à la demande de diagnostic

❑ CT	❑ RMN	❑ RX
❑ Echographie	❑ Autres:	❑ Inconnu

Cachet du médecin prescripteur *

Date :

Signature :

Sprl Médicale CASSART A.
Médecine générale
Rue St Germain 79
1410 Waterloo
02 354 57 83

781

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

COMPLETER CI-DESSOUS OU APPOSER UNE VIGNETTE DE L'OA

Nom et prénom du patient : .....

.....

Organisme assureur : .....

NISS : .....

Adresse du patient : .....

.....

ATTESTATION DE SOINS DONNES

A COMPLETER PAR LE DISPENSATEUR

Nom et prénom du patient : .....
Benjamin Flam

Consultation – Visite (1)

Date : 14/1/20 N° de nomenclature : 10 1076

Frais de déplacement : .....

Autres prestations (2)

Date de la prestation	N° de nomenclature		Date de la prestation	N° de nomenclature	
(2)	(2)		(2)	(2)	

Prescrit par : .....
Nom et prénom

en date du : ...../...../.....

Numéro d'identification I.N.A.M.I.
du prescripteur : .....

Laboratoire ou appareillage ou service
agréé sous le n° : .....

Date de la réception
de la prescription : ...../...../.....

Le patient est hospitalisé / ambulant (1) :

N° de l'établissement : .....

Service : .....

(1) Biffer les mentions inutiles
(2) Barrer les cases non utilisées

A.R. 15.07.2002

..... EUR

Identification du dispensateur :

1/29006/04/003 18*0231/10
SPRL medicale Alain Cassart
Médecine générale
RUE SAINT GERMAIN 79
1410 WATERLOO

Date : 14/1/20
Signature du dispensateur

A

REÇU

Perçu pour le compte du N° BCE : 0829961989

Reçu la somme de : 35 EUR Date : 14/1/20
Signature

* * Recu revendeur * *
''IMAGINX''
Chaussée de Bruxelles 13
1410 Waterloo
02/ 354.77.60

Date : 17.01.2020
Heure : 16:14:50 Hr
Recu no 8884
Trace no 057597

Paiement
MAESTRO

No
############1015 0003
No VU 200820227
Numero de licence 362707
Terminal ID 65438408
Info Pos 00 055 00
Temps AS 17.01 16:14 Hr

Donnees EMV 0000008000/E
800////440302//900290000
230300000008000E80001/DF
DC0E40/40

AS-Proc-Code = 00 055 00
Capt.-Ref.= 1949
VU-Nr.= 200820227
AID59: 782788

Montant EUR 196,62

Paiement effectué

Conserver le recu

Informations sur le trai
tement des donnees a car
actere personnel par Ing
enico Payment Services
www.ingenico.be/privacy