

# 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 ALG :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° M21- 062018

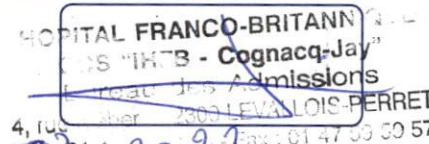
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6071 Société : schéa  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ALAOUI Mohamed  
 Date de naissance : 31-12-1942  
 Adresse : BOUSKOURA GOLF city ville verte casablanca  
 Tél. : 0608016655 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/01/2022  
 Nom et prénom du malade : ALAOUI MOHAMMED Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Contrôle Dermato-logique  
 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 : LEVALLOIS-PERRET Le : 6/7/2022  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
29.03.22	Forfait urgences	2	19,61 x 2 = 39,22	

[illegible]

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

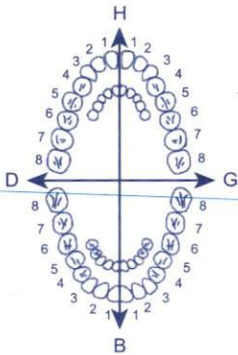
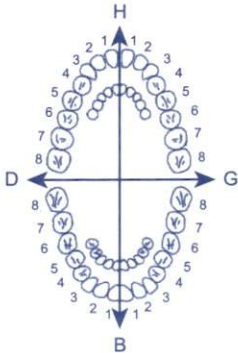
[illegible]

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>D</b>            25533412            00000000            00000000            35533411         </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000            00000000            11433553  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



## Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire

Transfert	N° de case	N° identification prescripteur	Spécialité	N° identification de l'exécutant	Spécialité	Zone tarif	Code convention	Date des actes	Date de la prescription	Code regroupement ou lettre clé	Localisation dentaire	Prix unitaire	Eléments de tarification		Quantité ou coefficient ou dénombrement	Coefficient association	Honoraires facturés	Dépassement	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
													Modificateurs	Code remb. except.						Taux	Montant		
Sous-total 3																							

Transfert provisoire - N° FINESS établissement ①			N° FINESS établissement ②				
MANDATAIRE(S)		N°	MANDATAIRE(S)		N°	MANDATAIRE(S)	
Montant facturé par le praticien.							
n° 1	n° 2	n° 3	n° 4	n° 5	n° 6	n° 7	
ADELI	ADELI	ADELI	ADELI	ADELI	ADELI	ADELI	
€	€	€	€	€	€	€	
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)			19.61 €				
			Rappel du numéro de facture 220037909				



## Facture

Identification de l'établissement N° FINESS 920000643  
INSTITUT FRANCO BRITANNIQUE KLEBER

Téléphone : 01 47 59 59 59  
Fax : 01 47 59 59 57

CODE  
CATÉGORIE 365

4 RUE KLEBER  
92309 LEVALLOIS PERRET CEDEX

## Références à rappeler

Clé facture C  
N° de lot  
N° facture 220037909  
N° d'entrée 522031016  
N° PEC AMC

Signature  
de l'assuré(e)

Absence de signature



## Domiciliation bancaire de l'établissement

IBAN : FR7630003038770005082484162 BIC : SOGEFRPP

## Le bénéficiaire des soins

Nom de naissance et prénom(s) ALAOUI Mohammed

*suivis s'il y a lieu du nom d'usage*

## L'assuré(e) titulaire du contrat AMC (à remplir si le bénéficiaire des soins n'est pas l'assuré(e))

Nom de naissance et prénom(s)

*suivis s'il y a lieu du nom d'usage*

N° d'immatriculation et clé 1421299380412 89

Code organisme de rattachement 019210000 Date et rang de naissance 31/12/42 - 1

N° centre gestionnaire 0000

Entrée le 29/03/2022

Date début hospitalisation 29/03/2022

Sortie le 29/03/2022

N° d'immatriculation et clé 1421299380412 89

Adresse

N° contrat/adhérent(e)

*(mentionné sur l'assurance)*

- / -

## Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins

Maladie ☒

Accident causé par un tiers

Non ☒

Oui ☐

Si oui, date

Maternité ☐

AT/MP ☐

Exonération forfait journalier

Non ☐

Oui ☐

Régime Alsace Moselle ☐

## Frais de structure et de soins

Transfert	Mode de traitement	DMT	DCS	Prestations	Période		Prix unitaire	Quantité	Coefficient	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
					Du	Au						Taux	Montant		
				FPU	29/03/2022	29/03/2022	19.61	1	1.00	19.61	19.61				19.61

Sous-total 1

19.61

19.61

19.61

## Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques

Transfert	Mode de traitement	DMT	DCS	Prestations	N° identification du prescripteur	Date d'implantation	Prix unitaire/ tarif de référence	Quantité	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
											Taux	Montant		

HOPITAL FRANCO-BRITANNIQUE  
GCS "IHFB - Cognacq-Jay"  
Bureau des Admissions  
4, rue Kléber - 92300 LEVALLOIS-PERRET  
Tél.: 01 47 59 59 25 - Fax : 01 47 59 59 57

Ceci est un exemplaire patient.

Sous-total 2

Sous-total 1+2

19.61

19.61

19.61







Bénéficiaire des soins :

ALAOUI Mohammed

Né(e) le : 31/12/1942

Dossier n° : 522031016

Du 29/03/2022 au 29/03/2022

M. ALAOUI Mohammed  
199 RUE JEAN BAPTISTE CHARCOT  
92400 COURBEVOIE

À LEVALLOIS PERRET

Le 06/07/2022

Monsieur,

Veuillez trouver le détail de la facture à votre charge.

Le solde s'élève à 19,61 euros, somme que vous voudrez bien nous régler sous quinzaine exclusivement par chèque à l'ordre de INSTITUT FRANCO BRITANNIQUE KLEBER.

Nous vous remercions d'indiquer le numéro 522031016 au dos du chèque et d'envoyer votre règlement à l'adresse suivante :  
INSTITUT FRANCO BRITANNIQUE KLEBER,  
4 RUE KLEBER 92309 LEVALLOIS PERRET CEDEX  
Nous vous prions d'agréer, Monsieur, l'expression de nos sentiments dévoués.

Le service de la facturation.

Facture n° 220037909 **Total à régler : 19.61 euros**

Liste des prestations :

Description	Du	Au	Code reg.	Montant facturé	Part client	Dont T.V.A.
Forfait Patient Urgence	29/03/22	29/03/22	FPU 1.00	19.61	19.61	
4, rue Kléber - 92309 LEVALLOIS-PERRET Tél. : 01 47 59 59 25 - Fax : 01 47 59 59 57				Total	19.61	
				Réglé		
				Acomptes		
				Solde	19.61	

**+ 19,61**  
HOPITAL FRANCO-BRITANNIQUE  
GCS "IHFB - Cognacq-Jay"  
Bureau des Admissions  
4, rue Kléber - 92309 LEVALLOIS-PERRET  
Tél. : 01 47 59 59 25 - Fax : 01 47 59 59 57  
**Total: 39,22**

HOPITAL FRANCO-BRITANNIQUE  
GCS "IHFB - Cognacq-Jay"  
Bureau des Admissions  
4, rue Kléber - 92309 LEVALLOIS-PERRET  
Tél. : 01 47 59 59 25 - Fax : 01 47 59 59 57

INSTITUT FRANCO BRITANNIQUE KLEBER  
4 RUE KLEBER 92309 LEVALLOIS PERRET CEDEX  
N° FINESS : 920000643 - N° SIRET : 84805573700011 - Statut juridique : 89 - Code catégorie : 365  
Téléphone : 01 47 59 59 59 - Fax : 01 47 59 59 57

**Sur demande, une facture acquittée vous sera envoyée dès réception de votre règlement.**