

# 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

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

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6071

Société : *relié*

ND

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ALAOUI

Reham

N 26797

Date de naissance : 31-12-1942

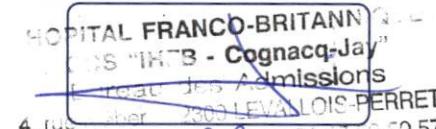
Adresse : BOUSKOURA, GOLF city Ville Vert cas

Tél. : 0608016655

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/03/2022

Nom et prénom du malade : ALAOUI REHAM

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Contrôle Dermatologique.

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) :

*AA*

#### 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|----------------------------------|--|
| 29.03.22        | Forfaiturgences   | 2                     | 19610,20<br>-39,22<br>= 19570,98 | HOPITAL FRANCO-BRITANNIQUE<br>Cognacq-Jay GCS "IHFB - Cognacq-Jay"<br>Admission SPEA Admissions<br>'ALLOIS 1 rue de l'Allois 52300 LEVALLOIS-PERRET<br>Tel : 01 47 59 59 25 - Fax : 01 47 59 59 57 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

## 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'ODF.

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 dénombrément | 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) | N° |
|---------------|----|---------------|----|---------------|----|

Montant facturé par le praticien.

| n° 1  | n° 2  | n° 3  | n° 4  | n° 5  | n° 6  | n° 7  |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| ADELI |
| €     | €     | €     | €     | €     | €     | €     |

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)

19.61 €

Rappel du numéro de facture 220037909

## Facture

#### 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 |                             |                                 |  |
|           |                    |     |     |             |  |                                   |                     |  |                                   |          |                 |  | <b>HOPITAL FRANCO-BRITANNIQUE</b><br><b>GCS "IHFB - Cognac-Jay"</b><br><b>Bureau des Admissions</b><br>4, rue Kléber - 92300 LEVALLOIS-PERRET<br>Tél. : 01 47 59 59 25 - Fax : 01 47 59 59 57 |         |                             |                                 |  |

Ceci est un exemplaire patient

## 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

HAC  
FACTURE ACQUITÉE

Transfert provisoire - N° FINESS établissement ①

N° FINESS établissement ②

MANDATAIRE(S)

N°

MANDATAIRE(S)

N°

MANDATAIRE(S)

N°

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

B\* : Banque

Dernier règlement client le 17/08/22 par espèces : 19.61€. Solde client restant = 0.00€.

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

Bénéficiaire des soins :

ALAOUI Mohammed

Né(e) le : 31/12/1942

Dossier n° : 522031016

M. ALAOUI Mohammed  
199 RUE JEAN BAPTISTE CHARCOT  
92400 COURBEVOIE

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

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 | FRANCO-BRITANNIQUE | Qte | PU   | Montant facturé | Part client | Dont T.V.A. |
|-------------------------|----------|----------|------|--------------------|-----|--|-----------------|-------------|-------------|
| Forfait Patient Urgence | 29/03/22 | 29/03/22 | BP   | BP au              | 100 | Adt 19,61                                    | 19,61           | 19,61       |             |
|                         |          |          |      |                    |     |  |                 |             |             |
|                         |          |          |      | 4, rue Kléber      | 200 | 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 - 92300 LEVALLOIS-PERRET  
Tél. : 01 47 59 59 25 - Fax : 01 47 59 59 57  
  
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

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.**