

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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 : 9868 Société : 138129

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Bonnette Françoise ep. Slaoui

Date de naissance : 13/08/44

Adresse : Ras el Oued le Jasminie Ech D

Tél. : 066 2550695 Total des frais engagés : DH 600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Emplément

Date de consultation : 14.11.2022

Nom et prénom du malade : Bonnette Françoise Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Entorse du pied

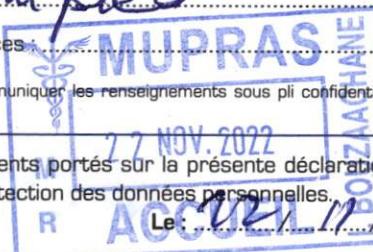
En cas d'accident préciser les causés et circonstances :

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 : Casablanca Le : 22 NOV. 2022

Signature de l'adhérent(e) : Marie Bonnette



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 |
|------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 05/07/2018 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
| | <p>H</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | <p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p> |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Caisse des Français de l'Étranger

160 RUE DES MEUNIERS
CS 70238 RUBELLES 77052 MELUN CEDEX
Tél. : 33 1 64 14 62 62
www.cfe.fr

MME SLAOUI FRANCOISE
RÉSIDENCE YASMINE
45 BOULEVARD GANDHI ESC D 2^{ÈME} ETAG
CASABLANACA
20370
MAROC

Rubelles, le 17/11/2022

AVIS DE RÉGLEMENT

Page 1

| N° | Dates | Détail des prestations | Dépense réelle en Euros | Eléments de calcul | | | | | Montant du remboursement |
|----|---|---|-------------------------|--------------------|--------|--------|----------------|----------|--------------------------|
| | | | | Prix unitaire | Coeff. | Nbre | Base de rembt | Taux | |
| 1 | ASSURE : FRANCOISE - Maladie 14/11/2022 14/11/2022 14/11/2022 14/11/2022 TOTAL DU DECOMpte | ETR : FOURNITURES ET APPAREILLAGES ETR : CONSULTATION SPÉCIALISTE REFERENCE : 20221117I00263 -E | 18,04 36,07 | 25,00 | | 1 1 | 18,04 25,00 | 60 70 | 10,82 17,50 28,32 |

Montant total payé en Euros

28,32

Merci d'attendre quelques jours avant de formuler une réclamation si ce décompte n'intègre pas toutes les factures adressées par un même envoi postal. Il peut effectivement arriver que le remboursement de vos dépenses médicales intervienne à quelques jours d'intervalle en fonction de la nature des soins facturés.

Notre procédure de remboursement diffère en fonction du lieu de réalisation des soins. En cas d'envoi simultané de vos feuilles de soins (réalisés en France et à l'étranger), vous recevrez des décomptes séparés, une fois les remboursements effectués.

Lorsque vous déposez en ligne vos demandes dans votre Espace Personnel, vous devez garder les documents originaux pendant une période maximum de 27 mois à partir de la date de vos soins.

Les expatriés et leurs ayants droit assurés à la CFE ne sont pas concernés par les dispositions relatives au parcours de soins en France et n'ont pas à choisir de médecin traitant, ni à le consulter avant une visite chez un spécialiste.
Les dépassements d'honoraires, prévus en cas de non-respect du parcours de soins en France ne leur sont pas applicables. (circulaire ministérielle n°2005-275 du 27/05/05)

| | | | |
|------------------------------------|--|--|----------------------------|
| Assuré | N° de Sécurité Sociale : 2 41 08 76 540 053 84 | Règlement | Référence : 20221117I00263 |
| Nom : SLAOUI Prénom : FRANCOISE | | Destinataire : MME BURETTE FRANCOISE Mode : Virement SEPA Compte : FR76 1820 6004 9000 8083 9315 073 | |

ETAT DECLARATIF A COMPLETER PAR L'ADHERENT POUR LES SOINS RECUS A L'ETRANGER
 QUEL QUE SOIT LE PAYS DE DISPENSE DES SOINS

| | | | |
|---|--|--|--|
| Identité du malade : NOM <u>SLAOUI</u> | | PRENOM <u>François</u> | DATE DE NAISSANCE <u>13/08/41</u> |
| Détails des actes médicaux | | Nom du praticien ou de l'établissement <i>Dr. JAHIR AYNOUZI - SPÉCIALISTE EN RUMATOLOGIE CASABLANCA - 026948</i> | Date des soins <u>14/11/2022</u> |
| | | | Montant réglé en monnaie locale |
| | | | Montant éventuellement pris en charge par l'organisme local |
| CONSULTATION(S) | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste <input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile | | <u>B.A.P.</u> | <u>14/11/2022</u> <u>300 M</u> |
| <input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste <input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile | | <u>B.A.P.</u> | <u>14/11/2022</u> <u>160</u> |
| <input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste <input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile | | <u>B.A.P.</u> | <u>14/11/2022</u> <u>160</u> |
| <input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste <input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile | | <u>B.A.P.</u> | <u>14/11/2022</u> <u>160</u> |
| CARDIOLOGIE | | | |
| <input type="checkbox"/> Electrocardiogramme (ECG) <input type="checkbox"/> Electrocardiogramme + test d'effort (EFF) <input type="checkbox"/> Autre acte, à préciser : | | <u>14/11/2022</u> | <u>14/11/2022</u> |
| ACTE(S) D'IMAGERIE | | | |
| <input type="checkbox"/> Radiographie, zone à préciser : <input type="checkbox"/> Radiographie panoramique <input type="checkbox"/> Mammographie : <input type="checkbox"/> Unilatérale <input type="checkbox"/> Bilatérale <input type="checkbox"/> Scanner <input type="checkbox"/> IRM <input type="checkbox"/> Électroencéphalogramme <input type="checkbox"/> Echographie, zone à préciser : <input type="checkbox"/> Autre, à préciser : | | <u>14/11/2022</u> | <u>14/11/2022</u> |
| | | <u>14/11/2022</u> | <u>14/11/2022</u> |
| ACTE(S) DISPENSÉ(S) PAR UN AUXILIAIRE MEDICAL (Kinésithérapeute, infirmier(e), orthophoniste...) | | | |
| Date de la prescription : <u>14/11/2022</u> | | | |
| Traitemen ^t dispensé du <u>14/11/2022</u> au <u>14/11/2022</u> | | | |
| Nombre de séances dispensées : <u>1</u> | | <u>150 M</u> | |
| Description du traitement : | | <i>Physiothérapie et Réadaptation Maroc</i> | |
| ANALYSES DE LABORATOIRE | | | |
| Date de la prescription : <u>14/11/2022</u> | | Date d'exécution : <u>14/11/2022</u> | |
| Date de la prescription : <u>14/11/2022</u> | | Date d'exécution : <u>14/11/2022</u> | |
| PHARMACIE / FOURNISSEUR | | | |
| Date de la prescription : <u>14/11/2022</u> | | Date de délivrance : <u>14/11/2022</u> | |
| Date de la prescription : <u>14/11/2022</u> | | Date de délivrance : <u>14/11/2022</u> | |
| Date de la prescription : <u>14/11/2022</u> | | Date de délivrance : <u>14/11/2022</u> | |
| Date de la prescription : <u>14/11/2022</u> | | Date de délivrance : <u>14/11/2022</u> | |
| Date de la prescription : <u>14/11/2022</u> | | Date de délivrance : <u>14/11/2022</u> | |
| AUTRES FRAIS DE SANTE | | | |
| Description des frais facturés : | | <u>14/11/2022</u> | <u>14/11/2022</u> |



REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE / CHIRURGIE VISCERALE / COELIO CHIRURGIE
NEURO-CHIRURGIE / CHIRURGIE VASCULAIRE / CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE
CHIRURGIE UROLOGIQUE . LITHO TRYPSIE / CHIRURGIE OTO-RHINO - LARYNGOLOGIQUE
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE / CHIRURGIE OPHTALMOLOGIQUE
CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPEDIQUE
CHIRURGIE PLASTIQUE-REPARATRICE

DOCTEUR :

M SIAOUI CASABLANCA Le: 14/11/2002
France.
Chirurgie orthopédie

Dr. Jallil BENNOUINA
TRAUMATO-ORTHOPÉDIE
Casablanca
INPE: 91026943

URGENCES 24/24

35, Rue EL ALLOUSSI, Bourgogne (Face Mosquée Badr) - Casablanca - Tel : 05 22 49 28 00 - 05 22 49 23 80 / 81/82/83/84 - Fax : 05 22 49 23 86
R.C N° 76809 - TVA N° 817425 - CNSS N° 2571538 - CAPITAL : 6.267.000,00 DH - I.F : 1002301 - I.C.E : 001529932000062



Lohmann & Rauscher Maroc

MME SLAOUI FRANCOISE

CASABLANCA

Facture

| | | |
|------------------------|-------------|-----------------|
| Code client : 34219999 | Suivi Par : | Faïza |
| NUMERO | DATE | DATE D'ECHEANCE |
| FA223891 | 14/11/22 | 14/11/22 |

| Référence | Désignation | Taille | Qté | Px unitaire | Remise | Montant HT | * |
|-----------|----------------------------------|--------|------|-------------|--------|------------|---|
| 19394 | VELPEAU LIGATION chev T2N/BI LPP | | 1,00 | 166,67 | | 166,67 | 1 |

| Code | Base | Taux | Montant |
|-------|--------|------|---------|
| 1 | 166,67 | 20% | 33,33 |
| Total | 166,67 | | 33,33 |

| Total HT | Total TVA | Total TTC | NET A PAYER |
|----------|-----------|-----------|-------------|
| 166,67 | 33,33 | 200,00 | 200,00 |

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Deux cents Dirhams

**CLINIQUE BADR**

Urgence 24/24

**F A C T U R E**

N° : 202210532 / 2022 du 14/11/2022

Nom patient

**BURETTE FRANCOISE MARIE MADELEINE
PAYANT**

Entrée 14/11/2022

Sortie 14/11/2022

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------|
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------|

| | | | | |
|-----------------------|------|--|--------|---------------|
| FRAIS CLINIQUE | 1,00 | | 100,00 | 100,00 |
| <i>Sous-Total</i> | | | | 100,00 |
| Total Clinique | | | | 100,00 |

| | | | | |
|-----------------------------------|------|----|--------|---------------|
| DR. BENNOUNA JALIL (orthopedique) | 1,00 | CS | 300,00 | 300,00 |
| <i>Sous-Total</i> | | | | 300,00 |
| Total Autres prestations | | | | 300,00 |

| | | |
|---|--------------|---------------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE CENTS DIRHAMS | Total | 400,00 |
| | | |

Clinique BADR
35 Rue AL ALLOUSSI Bourgogne
Casablanca
05 22 49 28 00