

# 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 : 20868 Société : 138232

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Bouretta Fréconne ep. Slaoui

Date de naissance :

12/08/41

Adresse :

Residence Yasmine ESD

45 Bd. Ghoushi es saléenne

Tél. : 0662550695 Total des frais engagés : DH 675,32 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

06/10/2022 Nom et prénom du malade : Bouretta Fréconne ep. Slaoui Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Cardiologue

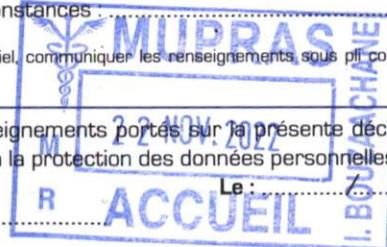
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Casab

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

## 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.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-12), upper left (13-24), lower left (25-36), and lower right (37-48). Directional markers are present: 'H' at the top, 'D' on the left, 'G' on the right, and 'B' at the bottom. The teeth are numbered 1 through 8 in a clockwise direction around the arch.

### **[Création, remont, adjonction]**

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<sup>É</sup>ME ETAG  
CASABLANACA  
20370  
MAROC

Rubelles, le 11/10/2022

## AVIS DE RÉGLEMENT

N°	Dates	Détail des prestations	Dépense réelle en Euros	Éléments de calcul					Montant du remboursement	Page 1
				Prix unitaire	Coeff.	Nbre	Base de remb.	Taux		
1	ASSURE : FRANCOISE - Maladie 08/10/2022 08/10/2022 TOTAL DU DECOMpte	ETR : CONSULTATION SPÉCIALISTE REFERENCE : 20221011I00574 -E	62,92	25,00		1	25,00	70	17,50 17,50	17,50

Montant total payé en Euros

17,50

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

Réglément

Référence : 20221011I00574

Nom : SLAOUI  
Prénom : FRANCOISE

Destinataire : MME BURETTE FRANCOISE

Mode : Virement SEPA

Compte : FR76 1820 6004 9000 8083 9315 073

Ancienne externe des hôpitaux de Paris  
Ancienne interne des hôpitaux de Bordeaux  
Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux  
CES des maladies du cœur et vaisseaux  
Diplômée d'écho-doppler cardiaque et vasculaire  
Membre de la Société Française de Cardiologie  
Filiale Pédiatrique et Filiale d'Echocardiographie

CASABLANCA, LE 08 OCTOBRE 2022

MADAME SLAOUI BURETTE FRANCOISE

1/ - BI-PRETERAX 5 MG/1,25 MG  
1 CP/J LE MATIN.

2/ - CRESTOR 5 MG  
1 CP/J. LE SOIR.

3/ - KARDEGIC 75 MG  
1 S/J LE MATIN.

Pharmacie El WADEL  
Mme H. T. El ARAKI  
Bd. Abdellatif Ben Kaddour  
Tél : 0522 36 54 38

6/11/30  
TRAITEMENT DE TROIS MOIS

دكتور شادية بنشرون  
Dr. Chadia BENCHEOROUN  
CARDIOLOGUE  
63, Bd d'Anfa, Angle Rue Washington - Casablanca  
Tél/Fax : 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71

63, Boulevard d'Anfa, Angle Rue Washington - Casablanca-  
Tél/Fax : 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71

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 : SAOUI PRENOM : YOUSSEF DATE DE NAISSANCE : 13/08/61

Détails des actes médicaux

Nom du praticien ou de l'établissement	Date des soins	Montant réglé en monnaie locale	Montant éventuellement pris en charge par l'organisme local
----------------------------------------	----------------	---------------------------------	-------------------------------------------------------------

CONSULTATION(S)

- Généraliste  Spécialiste  
 Au cabinet / En établissement  Au domicile  
 Généraliste  Spécialiste  
 Au cabinet / En établissement  Au domicile  
 Généraliste  Spécialiste  
 Au cabinet / En établissement  Au domicile  
 Généraliste  Spécialiste  
 Au cabinet / En établissement  Au domicile

<u>Dr. Chahine</u>	<u>01/08/2002</u>	<u>100000</u>	<u>0</u>
--------------------	-------------------	---------------	----------

CARDIOLOGIE

- Électrocardiogramme (ECG)  
 Électrocardiogramme + test d'effort (EFF)  
 Autre acte, à préciser :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- Radiographie, zone à préciser :  
 Radiographie panoramique  
 Mammographie :  Unilatérale  Bilatérale  
 Scanner  
 IRM  
 Electroencéphalogramme  
 Échographie, zone à préciser :  
 Autre, à préciser :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

ACTE(S) DISPENSE(S) PAR UN AUXILIAIRE MEDICAL (Kinésithérapeute, infirmier(e), orthophoniste...)

te de la prescription : 1/1/1/1

lement dispensé du 1/1/1/1 au 1/1/1/1

mbre de séances dispensées : 1

scription du traitement :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

ANALYSES DE LABORATOIRE

- de la prescription : 1/1/1/1  
 de la prescription : 1/1/1/1

Date d'exécution : <u>1/1/1/1</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Date d'exécution : <u>1/1/1/1</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

PHARMACIE / FOURNISSEUR

- de la prescription : SAOUI  
 de la prescription : 1/1/1/1  
 de la prescription : 1/1/1/1  
 de la prescription : 1/1/1/1  
 de la prescription : 1/1/1/1

Date de délivrance : <u>10/10/99</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

AUTRES FRAIS DE SANTE

cription des frais facturés :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

ANADEL  
SAOUI  
ARAKI  
Ban Radouan  
02/10/2002  
SAOUI YOUSSEF  
ANADEL  
SAOUI  
ARAKI  
Ban Radouan  
02/10/2002

*cfé*  
Caisse des Français de l'Etranger  
La Sécurité sociale des expatriés

## FEUILLE DE SOINS DISPENSÉS A L'ÉTRANGER

Réservee à l'usage exclusif des adhérents de la CFE - A ne pas utiliser pour les soins reçus en France

Pour vous aider à renseigner cette feuille de soins, vous êtes invité(e) à vous référer aux conseils pratiques en bas de cette page

### ENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE (obligatoire) :

241 08 76 540 053 84

IQM (en capitales) :

SLAOUI

Date de naissance :

Prénom : *Frédéric*

13/08/41

lieu où ont été dispensés les soins :

Maroc

### ENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE (s'il ne s'agit pas de l'adhérent)

IQM (en capitales) :

Date de naissance : *13/08/41*

Prénom :

Exerce-t-il actuellement une activité professionnelle ?

Oui

Non

⇒ Si oui, laquelle ? .....

Est-il retraité ?

Oui

Non

Disponibilité des ressources personnelles de quelque nature que ce soit ?

Oui

Non

*Je m'engage à signaler tout changement dans la situation de cet avant-droit*

### ENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES SOINS (s'il ne s'agit pas de maladie)

Accident causé par un tiers, indiquez la date :

*1/1/1/1*

Accident de travail, indiquez la date :

*1/1/1/1*

Maternité, indiquez la date de conception :

*1/1/1/1*

Si vous ne l'avez pas envoyée, joignez votre déclaration médicale de grossesse)

### MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Les remboursements sont effectués systématiquement selon les modalités habituelles.

Signaler tout changement d'adresse et de domiciliation bancaire (RIB à joindre)

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce document et m'engage à signaler à la CFE toute modification de ma situation et notamment tout changement de pays, de fraude ou fausses déclarations exposant à l'application de pénalités, à la radiation, à des peines d'attente et/ou d'emprisonnement (articles L766-1-3 et L766-2-2 du code de la Sécurité Sociale - articles 313-1, 313-2-5, 441-1 et 441-6 du code pénal).

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des dossiers de sécurité sociale et Français de l'étranger. Les destinataires des données sont : les organismes de protection sociale français, les caisses de retraite, les organismes gestionnaires du complémentaire santé, le ministère des Affaires étrangères, les établissements professionnels de santé, les employeurs mandatés et les organismes bancaires. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant, que vous pouvez exercer en vous adressant au responsable de traitement : Monsieur le Directeur de la CFE CFE RELATION CLIENT - 160 rue des Meuniers - 77950 RUBELLES - France

Signature :

*J. Glomay*

### ENVOI/RELÉVEMENT DES FEUILLES DE SOINS (Imprimé téléchargeable sur notre site [www.cfe.fr](http://www.cfe.fr), rubrique « vos imprimés »)

Pour obtenir des feuilles de soins dispensés à l'étranger, indiquez le nombre souhaité :

### PORTANT : CONSEILS PRATIQUES AUX ADHÉRENTS

- Utilisez une feuille de soins par malade.
- Complétez obligatoirement cette 1<sup>re</sup> page : tous les éléments doivent être renseignés pour le bon traitement de votre demande. N'oubliez pas d'indiquer votre numéro de sécurité sociale et de signer la feuille de soins. Le verso doit également être complété par vos soins.
- Pour être remboursé(e), joignez systématiquement à la présente feuille de soins les éléments ci-dessous :
  - les factures originales détaillées et acquittées attestant du paiement pour chacune des dépenses.
  - les prescriptions médicales (avec nom et prénom du malade) pour les frais suivants : médicaments, analyses médicales, appareillage, actes en série, frais d'optique.
  - ainsi que, en cas de traitement en série, un état de frais indiquant toutes les dates de soins (massages par exemple).

Dans tous les cas, le remboursement des feuilles de soins est subordonné à l'acquit de vos cotisations à la date des soins.

Dans tous les cas, le remboursement des feuilles de soins est subordonné à l'acquit de vos cotisations à la date des soins.

Pensez à joindre un RIB lors de votre 1<sup>er</sup> envoi de feuille(s) de soins.

Pensez à joindre un RIB lors de votre 1<sup>er</sup> envoi de feuille(s) de soins.