

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-771658

165106

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

4214

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

ABDELLAH BEN HADDOUZ

1953

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 062780571

Total des frais engagés : 3000,00 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :



Age :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, compléter le cadre réservé au Médecin 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, 14/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 14/06/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
				INP : <input type="text"/>
				CFE
				Engagé 300,00
				Enb 161,85

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

**ETAT DÉCLARATIF A COMPLÉTER PAR L'ADHÉRENT POUR LES SOINS RECUS A L'ETRANGER
QUEL QUE SOIT LE PAYS DE DISPENSE DES SOINS**

Identité du malade		NOM :	PRENOM :	DATE DE NAISSANCE :
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)				
<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste <input checked="" type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile <input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste <input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile <input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste <input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile <input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste <input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile		16	27/01/23	WAT
CARDIOLOGIE				
<input type="checkbox"/> Électrocardiogramme (ECG) <input type="checkbox"/> Électrocardiogramme + test d'effort (EFF) <input type="checkbox"/> Autre acte, à préciser :				
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 :				
ACTE(S) DISPENSÉ(S) PAR UN AUXILIAIRE MÉDICAL (Kinésithérapeute, infirmier(e), orthophoniste...)				
Date de la prescription : 27/01/23 Traitement dispensé du 14/02/23 au 4/04/23 Nombre de séances dispensées : 40 3000.00 Description du traitement : Recrudescence globale et comportementale de la dysphorie				
ANALYSES DE LABORATOIRE				
Date de la prescription :	Date d'exécution :			
Date de la prescription :	Date d'exécution :			
PHARMACIE / FOURNISSEUR				
Date de la prescription :	Date de délivrance :			
Date de la prescription :	Date de délivrance :			
Date de la prescription :	Date de délivrance :			
Date de la prescription :	Date de délivrance :			
Date de la prescription :	Date de délivrance :			
AUTRES FRAIS DE SANTÉ				
Description des frais facturés :				

FEUILLE DE SOINS DISPENSÉS A L'ÉTRANGER

Réservée 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

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE (obligatoire) : 1115315219913501747176

NOM (en capitales) : ASDELLAOUI

Date de naissance : 01/11/1981

Prénom : HADDOUVE

Pays où ont été dispensés les soins : QATAR

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

NOM (en capitales) :

Date de naissance : / /

Prénom :

Exerce-t-il actuellement une activité professionnelle ? Oui Non ⇒ Si oui, laquelle ?

Est-il retraité ? Oui Non

A-t-il des ressources personnelles de quelque nature que ce soit ? Oui Non

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

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

Accident causé par un tiers, indiquez la date : / /

Accident de travail, indiquez la date : / /

Maternité, indiquez la date de conception : / /

(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)

J'atteste 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. Les fraudes ou fausses déclarations exposent à l'application de pénalités, à la radiation, à des peines d'amende 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 des Français de l'étranger. Les destinataires des données sont : les organismes de protection sociale français, les caisses de retraite, les organismes gestionnaires de complémentaire santé, le ministère des Affaires étrangères, les établissements et 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 bénéficiiez 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 :



RENOUVELLEMENT DES FEUILLES DE SOINS (imprimé téléchargeable sur notre site www.cfe.fr, rubrique « vos imprimés »)

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

IMPORTANT : CONSEILS PRATIQUES AUX ADHÉRENTS

- Utilisez une feuille de soins par malade.
- Complétez obligatoirement cette 1^{re} page : tous les éléments doivent être renseignés pour le bon traitement de votre demande. N'omettez 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.
- Pensez à joindre un RIB lors de votre 1^{er} envoi de feuille(s) de soins.
- Pour tout renseignement complémentaire, consultez le site de la CFE : www.cfe.fr

DOCTEUR MOHAMED SLAOUI

Spécialiste en Hépato - Gastro - Entérologie



توم محمد السلاوي
في أمراض المعدة والأمعاء والكبد والبواسير

KOUNIMA MOHAMMED

KINESITHERAPEUTE

Diplômé de l'université de Bruxelles

Tel : 0522982582

ICE : 001645700000054

IF : 42405015

INPE: 065041824

FACTURE

NOM : M² ABBELLAoui Hamdouche

AT du :

PRENOM :

ASSURANCE :

$$10 \text{ AMK} + 10 \text{ AMK} / 2 = 3000 \text{ DH}$$

$$\text{TOTALE} = 3000 \text{ DH}$$

Tris mille dinars.

5, rue Georges Sand maarif casablanca



ومبية، زاوية شارع عبد المؤمن، المكتب الثاني، عمارة «فياض - حب»، حي النخيل - الدار البيضاء، المغرب
82, rue Soumaya, angle boulevard Abdelmoumen • 2^{ème} étage, imme. «Fiat - Jeep», quartier Palmiers • Casab
Tél. : 05 22 23 78 83 | 06 98 97 17 18 • Tél. Fax : 05 22 25 99 87 • Urgence : slaoumed.doc@gmail.com | Clinique
Arret TRAM: Ligne 1 WAFASALAF مبطة طرمومي وسالف عبد المؤمن

Docteur Mohamed Slaoui
Spécialiste: Hépato - Gastro - Entérologie
Practologie Médico - Chirurgicale
ENDOSCOPIE ECTOGRAPHIE
82, Rue Soumaya Angle Bd Abdelmoumen
2^{ème} Etage, imme. «Fiat - Jeep » Casablanca -
slaoumed.doc@gmail.com

Casablanca, le 4/4/23

الدار البيضاء، في

→ Abd-el-Faouzi

Const. postur. Hamdouche

Système digestif → la constipation

→ Recommandation proposée

per Professeur Bach

no 200



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

MR ABDELLAOUI HAMDOUNE
VILLA 72 LOTISSEMENT AIN DIAB II
ANFA
20180 CASABLANCA
MAROC

Rubelles, le 06/06/2023

AVIS DE REGLEMENT

Page 1

N°	Dates	Détail des prestations	Dépense réelle en Euros	Eléments de calcul					Montant du remboursement
				Prix unitaire	Coeff.	Nbre	Base de remb.	Taux	
1	ASSURE : HAMDOUNE - Maladie 14/02/2023 04/04/2023 TOTAL DU DECOMPTE	(100%) ETR : SOINS DE RÉÉDUCATION KINÉ REFERENCE : 20230606905023 -E	269,42 NUMERO DE DEMANDE : 230367491			10	269,42	60	161,65 161,65

Montant total payé en Euros

161,65

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 : 1 53 52 99 350 747 76	Règlement	Référence : 20230606905023
Nom : ABDELLAOUI Prénom : HAMDOUNE		Destinataire : MR OU MME BRICE ABDELLAOUI Mode : Virement SEPA Compte : FR56 3000 2083 3400 0002 6827 D48	