

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie
M23-009158

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Maladie réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0868

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Burelle Frédéric ep. Sloane

Date de naissance :

13/08/41

Adresse :

Résidence 40 Avenue

45 Bd. Ghazi - Casablanca

Tél. :

0662 570 695 Total des frais engagés : DH 9.00, 00 Dhs

Autorisation CNIDP N° : A-A-215 / 2019

Cachet du médecin :

copie en tche

Date de consultation : 22.05.2023

Nom et prénom du malade : Burelle Frédéric Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : *ALC*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

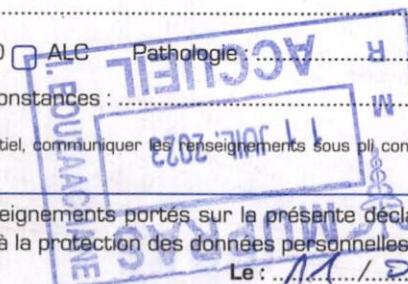
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le : 22.05.2023

Signature de l'adhérent(e) : *Frédéric Burelle*



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				<input type="text"/>
			</td	



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 2ÉME ETAG
CASABLANACA
20370
MAROC

Rubelles, le 10/07/2023

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 : FRANCOISE - Maladie 22/05/2023 22/05/2023	ETR : ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX ETR : ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX REFERENCE : 20230710364024 -E	45,15 36,12			2 1	45,15 36,12	55 55	24,83 19,87 44,70
	TOTAL DU DECOMPTE	NUMERO DE DEMANDE : 230463178							
				Montant total payé en Euros					44,70

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 : 20230710364024
Nom : SLAOUI Prénom : FRANCOISE		Destinataire : MME BURETTE FRANCOISE Mode : Virement SEPA Compte : FR76 1820 6004 9000 8083 9315 073	

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

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE (ou étrangère) :

2141 0876 540 05384

NOM (en capitales) :

Burette ep. S. Lassau

Date de naissance : 1 / 1 / 1 / 1 / 1 /

Prénom :

Freuwe

1925c

(en capitales) :

Date de naissance : 1 / 1 / 1 / 1 / 1 /

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

Accident causé par un tiers, indiquez la date :

1 / 1 / 1 / 1 / 1 /

Accident de travail, indiquez la date :

1 / 1 / 1 / 1 / 1 /

Maternité, indiquez la date de conception :

1 / 1 / 1 / 1 / 1 /

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

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 peines, 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 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



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

● Utilisez une feuille de soins par demande.

● N'oubliez pas de joindre un RIB : 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 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 attestant du paiement pour chacune des dépenses.
⇒ les (avec nom et prénom du malade) pour les frais suivants : médicaments, analyses médicales, appareillage, actes en série, frais d'optique.
⇒ ainsi que, (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

ÉTAT DÉCLARATIF A COMPLÉTER PAR L'ADHÉRENT POUR LES SOINS REÇUS A L'ÉTRANGER
QUEL QUE SOIT LE PAYS DE DISPENSE DES SOINS

Burelle NOM :

Prénom :

DATE DE NAISSANCE : 13/07/41

Détails des soins médicalisés

ep Stéphane

Nom du praticien
ou de l'établissement

Date des soins

Montant réglé
en monnaie
locale

Montant
éventuellement
pris en charge
l'organisme de
sécurité sociale

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

Alphonse R. LAMRANI 12/05/23 1166,00

Abdelkader LAMRANI 22/05/23 500,00

Imperial 11/05/23 100,00

CARDIOLOGIE

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

ACTE(S) D'IMAGERIE

- Radiographie, zone à préciser :
 Radiographie panoramique
 Mammographie : Unilatérale Bilatérale
 Scanner
 IRM
 Électroencéphalogramme
 Echographie, zone à préciser :
 Autre, à préciser :

11/11/11 11/11/11 11/11/11 11/11/11 11/11/11 11/11/11 11/11/11 11/11/11

ACTE(S) DISPENSÉ(S) PAR UN AUXILIAIRE MÉDICAL (Kinésithérapeute, infirmier(e), orthophoniste...)

Date de la prescription : 11/11/11

Traitements dispensés du 11/11/11 au 11/11/11

Nombre de séances dispensées :

Description du traitement :

ANALYSES DE LABORATOIRE

Date de la prescription : 11/11/11

Date d'exécution : 11/11/11

Date de la prescription : 11/11/11

Date d'exécution : 11/11/11

PHARMACIE / FOURNISSEUR

Date de la prescription : 11/11/11

Date de délivrance : 11/11/11

Date de la prescription : 11/11/11

Date de délivrance : 11/11/11

Date de la prescription : 11/11/11

Date de délivrance : 11/11/11

Date de la prescription : 11/11/11

Date de délivrance : 11/11/11

Date de la prescription : 11/11/11

Date de délivrance : 11/11/11

AUTRES FRAIS DE SANTÉ

Description des frais facturés :

11/11/11 11/11/11 11/11/11 11/11/11 11/11/11

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA
TEL : 022 47 20 20 /47 30 30 FAX :022 20 18 85

NOTE D'HONORAIRES
A+I

Le .. 22/05/23

Reçu la somme de **cinq cents (500) dirhams**

De Mr, Melle, Mme

Bonnette Françoise Marie Madelaine

Pour audiogramme + impédancemetrie (K15 + K10),





A+I

مركز فحص وتشخيص أمراض الأذن والحنجرة الفرابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA
TEL : 022 47 20 20 / 47 30 30 / 32 32 FAX : 022 20 18 85

Département des Explorations Fonctionnelles ORL

Mr, Melle, Mme, Enft

Renseignements cliniques : Hypacusie

Le..... 22.5.23.

Pour AUDIOGRAMME TONAL

IMPEDANCEMETRIE

PEA + ASSR

VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

MANŒUVRES POSITIONNELLES

VHIT

