

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 canaux, 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 canaux.

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 : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'H
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-009157

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0868 Société : 167837
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Burelle François ep. Ghomri
Date de naissance : 13/08/41
Adresse : Résidence Yasmine
45 Bd Ghomri Casablanca
Tél. 662552645 Total des frais engagés : DH 400,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/07/2023
Nom et prénom du malade : Burelle François Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : Casablanca Le : 05/07/23

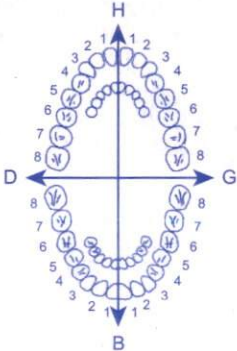
[illegible][illegible][illegible][illegible]

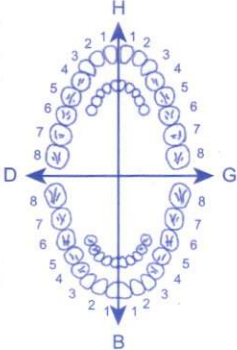
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 <input style="width: 100px;" type="text"/>		
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>	
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>		

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: right;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>	
		DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>		
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Caisse des Français de l'Étranger

160 RUE DES MEUNIER
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 2ÈME ETAG
CASABLANACA
20370
MAROC

Rubelles, le 06/07/2023

AVIS DE REGLEMENT

Page 1

N°	Dates	Détail des prestations	Dépense réelle en Euros	Éléments de calcul					Montant du remboursement
				Prix unitaire	Coeff.	Nbre	Base de rembt	Taux	
1	ASSURE : FRANCOISE - Maladie 05/07/2023 05/07/2023 05/07/2023 05/07/2023 TOTAL DU DECOMPTE	ETR : CONSULTATION SPÉCIALISTE ETR : PHARMACIE REFERENCE : 20230706I00011 -E	37,68 109,42 NUMERO DE DEMANDE : 230607321	25,00		1 1	25,00 109,42	70 65	17,50 71,12 88,62

Montant total payé en Euros

88,62

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

Nom : SLAOUI

Prénom : FRANCOISE

Règlement

Référence : 20230706I00011

Destinataire : MME BURETTE FRANCOISE

Mode : Virement SEPA

Compte : FR76 1820 6004 9000 8083 9315 073



PHARMACIE EL ANADEL

3 bd abdellatif ben kaddour

pharmacien diplômé de l'université de CAEN
HOMEOPATHIE-PHYTOTHERAPIE-HERBORISTE

R.C :

Patente:35600524

T.V.A :

Tél : 0522 36 54 38

Le 05/07/2023

FACTURE N°689450

N° ICE : 001620659000071

MME SLAOUI FRANÇOISE

N° IF :

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
6	FOSAVANCE CO 70MG/5600UI 4 U	193,60	1 161,60		
<div>Pharmacie EL ANADEL Mme H.T. EL ARAKI Bd. Abdellatif Ben Kaddour Tél. 0522 36 54 38</div>					
TOTAL T.T.C :			1 161,60		

Nbr Articles TVA 7% Base : Montant

TVA 20% Base : Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :
Mille Cent Soixante Un Dirhams et 60 centimes.

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

NOM : SAOU PRÉNOM : Abdel DATE DE NAISSANCE : 13/08/41

Adressant des soins : Abdel Date des soins : 05/07/23 Motif de la demande : 30000 Moment de l'urgence : 100

CONSULTATION(S)			
<input type="checkbox"/> Généraliste	<input checked="" type="checkbox"/> Spécialiste	<input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement	<input type="checkbox"/> Au domicile
<input type="checkbox"/> Généraliste	<input checked="" type="checkbox"/> Spécialiste	<input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement	<input type="checkbox"/> Au domicile
<input type="checkbox"/> Généraliste	<input checked="" type="checkbox"/> Spécialiste	<input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement	<input type="checkbox"/> Au domicile
<input type="checkbox"/> Généraliste	<input checked="" type="checkbox"/> Spécialiste	<input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement	<input type="checkbox"/> Au domicile

CARDIOLOGIE			
<input type="checkbox"/> Électrocardiogramme (ECG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Électrocardiogramme + test d'effort (EFF)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre acte, à préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACTE(S) D'IMAGERIE			
<input type="checkbox"/> Radiographie, zone à préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Radiographie panoramique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mammographie : <input type="checkbox"/> Unilatérale <input type="checkbox"/> Bilatérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Scanner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> IRM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Électroencéphalogramme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Echographie, zone à préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre, à préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACTE(S) DISPENSÉ(S) PAR UN AUXILIAIRE MÉDICAL (Kinésithérapeute, infirmier(e), orthophoniste...)			
Date de la prescription :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitement dispensé du	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
au	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre de séances dispensées :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Description du traitement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANALYSES DE LABORATOIRE			
Date de la prescription :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date d'exécution :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date de la prescription :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date d'exécution :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PHARMACIE / FOURNISSEUR			
Date de la prescription :	<u>05/07/23</u>	Date de délivrance :	<u>05/07/23</u>
Date de la prescription :	<input type="checkbox"/>	Date de délivrance :	<input type="checkbox"/>
Date de la prescription :	<input type="checkbox"/>	Date de délivrance :	<input type="checkbox"/>
Date de la prescription :	<input type="checkbox"/>	Date de délivrance :	<input type="checkbox"/>
Date de la prescription :	<input type="checkbox"/>	Date de délivrance :	<input type="checkbox"/>

AUTRES FRAIS DE SANTÉ			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pharmacie EL ANADEL
 Mme H.T. EL ARAKI
 Bd. Abdelkader Ben Kaddour
 Tél: 022-28-54-36

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

NO DE SÉCURITÉ SOCIALE () :

2 4 1 0 8 7 6 5 4 0 0 5 3 8 4

en capitales) :

BU RETTE SLADUI FRAMISE

Date de naissance :

13 08 1941

m :

FLABO

(en capitales) :

Date de naissance :

est-ce qu'il a actuellement une activité professionnelle ?

☐ Oui
☒ Non

☒ Non
☐ Oui

⇒ Si oui, laquelle ?

est-il retraité ?

il des ressources personnelles de quelque nature que ce soit ?

☐ Oui
☒ Non

☒ Non
☐ Oui

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

les remboursements sont effectués systématiquement selon les modalités habituelles.
signaler tout changement d'adresse et de domiciliation bancaire (RIB à joindre)

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.
des fausses 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 mandataires 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 du traitement : Monsieur le Directeur de la CFE, CFE RELATION CLIENT - 160 rue des Meuniers - 77850 RUBELLES - France

Handwritten signature

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

- tous les éléments doivent être renseignés pour le bon traitement de votre demande. Le verso doit également être complété par vos soins.
- N'omettez pas d'indiquer votre numéro de sécurité sociale et de système de paiement.
- Pour être remboursé(e), attestation du paiement pour chacune des dépenses.
 - ⇒ les (avec nom et prénom du malade) pour les frais suivants : médicaments, analyses médicales, appareillage, (massages par exemple).
 - ⇒ les actes en série, frais d'optique.
 - ⇒ ainsi que, un
- 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 lors de votre 1^{er} envoi de feuille(s) de soins.
- Pour tout renseignement complémentaire, consultez le site de la CFE : www.cfe.fr

CFE - 160 RUE DES MEUNIERES - CS 70238 RUBELLES - 77052 MELUN CEDEX

E-mail : rubrique « Contactez-nous » de notre site internet

01 64 71 70 00 depuis la France ou +33 1 64 14 62 62 depuis l'étranger



F A C T U R E

N° : 202305800 / 2023 du 05/07/2023

Nom patient **BURETTE FRANCOISE MARIE MADELEINE**
PAYANT

Entrée 05/07/2023

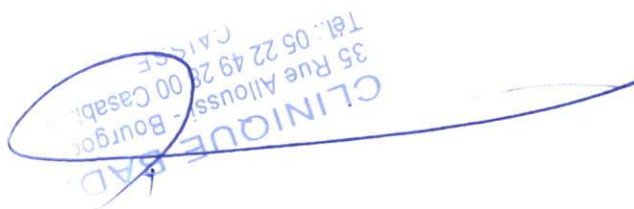
Sortie 05/07/2023

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		300,00	300,00
			<i>Sous-Total</i>	300,00
Total Autres prestations				300,00

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


 35 Rue EL LOUSS, Bourgogne - Casablanca
 Tél : 05 22 49 28 00 - 05 22 49 23 80 / 81/82/83/84 - Fax : 05 22 49 23 86
 CLINIQUE BADR




INPE : 090002445

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 :

CASABLANCA Le :

05/07/14

 **SCHOUIR Francois**

193,60^{x6} FOSNAUANCE

1161,60   

Pharmacie EL ANADEL
Mme H.T. EL ARAKI
Bd. Abdelatif Ben Kaddour
Tel : 077.33.44.40


Dr. Bennaoui
TRAUMATO ORTHOPEDIE
Casablanca
INPE: 026348

URGENCES 24/24

REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE / CHIRURGIE VISCERALE / COELIO CHIRURGIE
NEURO-CHIRURGIE / CHIRURGIE VASCULAIRE / CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE
CHIRURGIE UROLOGIQUE - LITHO TRYPSIE / CHIRURGIE OTO-RHINO - LARYNGOLOGIQUE
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE / CHIRURGIE OPHTHALMOLOGIQUE
CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPÉDIQUE
CHIRURGIE PLASTIQUE-REPARATRICE

REF DOSS H :

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur

D. BENNOUNA

à l'honneur de présenter ses meilleures salutations à

Mme BURATTE FRANÇOISE

et lui adressé selon l'usage, sa note d'honoraires

Soit la somme de :

Quatre Cent
(400,00)

DHS

CACHET ET SIGNATURE