

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 :

0868

Société :

167832

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Burelli Fravosi ep. Gleane

Date de naissance :

13/08/11

Adresse :

Résidence Yasmine
45 Bd Gleane Casablanca

Tél:

0662550645

Total des frais engagés : DH 400,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Conférence CFE

Date de consultation :

05/07/2023

Nom et prénom du malade :

Burelli Fravosi

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

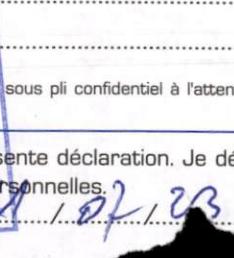
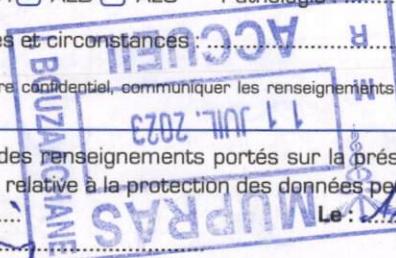
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 10/07/2023



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 - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

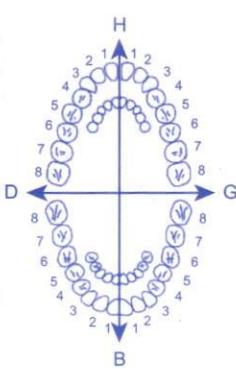
Important :

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

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

tionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 06/07/2023

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 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	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	Règlement	Référence : 20230706I00011
Nom : SLAOUI Prénom : FRANCOISE		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		

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

NOM : *SALAH*

PRÉNOM : *Fatima*

DATE DE NAISSANCE : *18/08/41*

Détailler des soins reçus à l'étranger : *Dr JAH BENOUNA ORTHOPÉDIE*
 Date du début : *05/07/11* Date de fin : *05/07/11* Montant total : *116.110*
 Montant moyen par consultation : *100* Montant moyen par jour : *100*
 Montant moyen par patient : *100* Montant moyen par consultation et par patient : *100*

		CONSULTATIONS	CARDIOLOGIE	PHARMACIE / FOURNISSEUR
<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 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	.....	.....	.....

		ACTE(S) D'IMAGERIE	PHARMACIE / FOURNISSEUR
<input type="checkbox"/> Électrocardiogramme (ECG)
<input type="checkbox"/> Électrocardiogramme + test d'effort (EFF)
<input type="checkbox"/> Autre acte, à préciser :

		ACTE(S) D'IMAGERIE	PHARMACIE / FOURNISSEUR
<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"/> Electroencéphalogramme
<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 : *1/7/11*

Traitements dispensés du *1/7/11* au *1/7/11*

Nombre de séances dispensées :

Description du traitement :

		ANALYSES DE LABORATOIRE	PHARMACIE / FOURNISSEUR
Date de la prescription : <i>1/7/11</i>	Date d'exécution : <i>1/7/11</i>	.....	.....
Date de la prescription : <i>1/7/11</i>	Date d'exécution : <i>1/7/11</i>	.....	.....

		PHARMACIE / FOURNISSEUR
Date de la prescription : <i>05/07/23</i>	Date de délivrance : <i>05/07/23</i>	116.110
Date de la prescription : <i>1/7/11</i>	Date de délivrance : <i>1/7/11</i>	.....
Date de la prescription : <i>1/7/11</i>	Date de délivrance : <i>1/7/11</i>	.....
Date de la prescription : <i>1/7/11</i>	Date de délivrance : <i>1/7/11</i>	.....
Date de la prescription : <i>1/7/11</i>	Date de délivrance : <i>1/7/11</i>	.....

AUTRES FRAIS DE SANTÉ

*Pharmacie EL ANADEL
Km 1,1 - EL ARAKI
Bd Abdellatif Ben Kaddour
Tel: 022-38-54-39*

FEUILLE DE SOINS DISPENSÉS A L'ÉTRANGER

Réservez 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

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE (N.S.S.):

2410876540053184

(en capitales):

BURETTE-SLAOUI

Date de naissance :

13/08/1961

m:

FRANC

(en capitales):

Y a-t-il actuellement une activité professionnelle ?

Il retraité ?

Il des ressources personnelles de quelque nature que ce soit ?

- Oui
 Oui
 Oui

- Non
 Non
 Non

⇒ Si oui, laquelle ?

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

Accident causé par un tiers, indiquez la date :

1/1/1/1/1/1

Accident de travail, indiquez la date :

Maternité, indiquez la date de conception :

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

Les remboursements sont effectués systématiquement selon les modalités habilitées.
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.
es 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
les Principes de l'étranger. Les destinataires des données sont : les organismes de protection sociale français, les caisses
le 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 - 77050 RUBELLES - France

J. H. M.

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

•

• N'omettez pas d'indiquer votre numéro de sécurité sociale et de

• Pour être remboursé(e), systématiquement à la présente feuille de soins les éléments ci-dessous :

attestant du paiement pour chacune des dépenses.
(avec nom et prénom du malade) pour les frais suivants : médicaments, analyses médicales, appareillage,
actes en série, frais d'optique, ..., un ..., 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 ... lors de votre 1^{er} envoi de feuille(s) de soins.

• Pour tout renseignement complémentaire, consultez le site de la CFE : www.cfe.fr

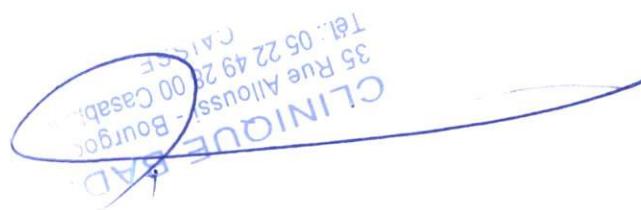
F A C T U R E

N° : 202305800 / 2023 du 05/07/2023

Nom patient	BURETTE FRANCOISE MARIE MADELEINE	Entrée	05/07/2023
	PAYANT	Sortie	05/07/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1,00		100,00	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

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>		
QUATRE CENTS DIRHAMS		Total 400,00



 TEL: 05 22 49 28 00 - 05 22 49 23 80 / 81/82/83/84 - Fax : 05 22 49 23 86
 CLINIQUE BADR
 35 Rue Alloussi - Bourgogne
 Casablanca - Maroc
 I.C.E : 001529932000062
 R.C N° 76809 - TVA N° 817425 - CNSS N° 2571538 - CAPITAL : 6.267.000,00 DH - I.F : 1002301 - I.C.E : 001529932000062



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 : 01/07/14

M. SCHAOURI Fidèle
x^b
193,60 FOSA UNAME
1161,60 Ach. 1/2 de la Guy'

Pharmacie EL ANADEL
Mme H.T. EL ARAKI
Bd. Abdellatif Ben Kaddour
TEL : 022.28.85.20

Jr JAHID BENNOUAF
TRAUMATO ORTHOPÉDE
Casablanca
INPE: 01026348

URGENCES 24/24

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

REF DOSS H :

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur

J. BENNOUNA

à l'honneur de présenter ses meilleures salutations à

Mme BURDETTE FRANÇOISE

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

Soit la somme de :

Quatre Cent

(400,00)

DHS

CACHET ET SIGNATURE