

# 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



Déclaration de Maladie  
M23-009161

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

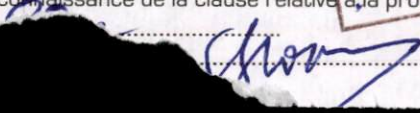
## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 868 Société : 175361  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Burette ep. Slami Housseini  
Date de naissance : 13/08/41  
Adresse : Résidence Yasmine Bd  
45 Bd Ghazi el Moukharraf  
Tél. : 066250695 Total des frais engagés : 84528,50 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : 05/09/2023  
Nom et prénom du malade : Burette Housseini ep. Slami  
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 :  Le : 20/09/23

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





# RELEVÉ 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

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

A M      P C      I M      I V

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

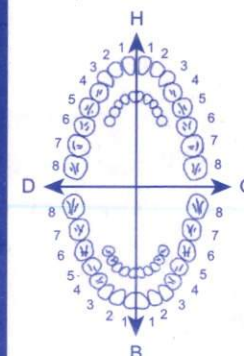
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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

Début d'exécution

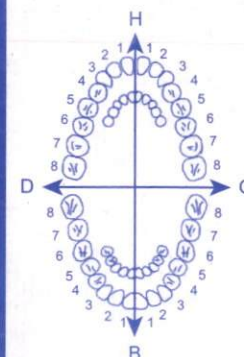
Fin d'exécution

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412      21433552  
00000000      00000000  
D      G  
00000000      00000000  
35533411      11433553  
B

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient des Travaux

Montants des Soins

Date du devis

Date de l'exécution

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 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 18/09/2023

## AVIS DE REGLEMENT

Page 1

N°	Dates	Détail des prestations	Dépense réelle en Euros	Éléments de calcul					Montant du remboursement
				Prix unitaire	Coef.	Nbre	Base de rembt	Taux	
1	ASSURÉ : FRANCOISE - Maladie	ETR : PHARMACIE NON REMBOURSABLE	44,03			1	44,03		
	05/09/2023	ETR : PHARMACIE	4,17			1	4,17	65	2,71
	05/09/2023	ETR : CONSULTATION SPÉCIALISTE	36,69	25,00		1	25,00	70	17,50
	TOTAL DU DECOMPTE	REFERENCE : 20230918905061 -E	NUMERO DE DEMANDE : 230824521						20,21

Montant total payé en Euros

20,21

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 : 20230918905061

Destinataire : MME BURETTE FRANCOISE

Mode : Virement SEPA

Compte : FR76 1820 6004 9000 8083 9315 073

Nom : SLAOUI

Prénom : FRANCOISE



## 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 (

) : 2144108126151010531841

NOM (en capitales) :

BURETTE SLAOUT

Prénom :

Françoise

Date de naissance : 13/08/1941

(en capitales) :

BURETTE SLAOUT

Date de naissance : 13/08/1941

Exerce-t-il actuellement une activité professionnelle ?

Est-il retraité ?

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

☐ Oui

☒ Non

☐ Oui

☐ Non

☐ Non

☐ Non

⇒ Si oui, laquelle ? .....

☐ 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)

13/08/1941

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 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

*Slaut*

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 : tous les éléments doivent être renseignés pour le bon traitement de votre demande. Le verso doit également être complété par vos soins.

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

⇒ les attestant du paiement pour chacune des dépenses.  
⇒ les actes en série, frais d'optique. (avec nom et prénom du malade) pour les frais suivants : médicaments, analyses médicales, appareillage, ainsi que, , un (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<sup>er</sup> envoi de feuille(s) de soins.

● Pour tout renseignement complémentaire, consultez le site de la CFE : [www.cfe.fr](http://www.cfe.fr)

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

NOM: SLAOU PRENOM: Amal DATE DE NAISSANCE: 13/08/83

Dr. MKINSI BARGACH S.  
Dermato - Vénérologue

Rue du Marche - Résidence Ben Omar

Porte D - Médit - CASABLANCA

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

CARDIOLOGIE

☐ Electrocardiogramme (ECG)

☐ Electrocardiogramme + 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 :

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

Date de la prescription :

Traitement dispensé du au

Nombre de séances dispensées :

Description du traitement :

ANALYSES DE LABORATOIRE

Date de la prescription :

Date d'exécution :

Date de la prescription :

Date d'exécution :

PHARMACIE / FOURNISSEUR

Date de la prescription : 05/09/23

Date de délivrance : 05/09/23

525,50

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 :

Pharmacie EL ANASSER  
Mme H. EL ANASSER  
Bd. Abdelkrim EL KHAYAT



**Dr MKINSI BARGACH Siham**

**Dermatologie - Vénéréologie**

**Laser - Puvathérapie**

05/09/2023

Mme Braoui Trangoide

45,500 y Efudis crème

1 appl le soir / 2

x 20j.

48000

2/

Neostrie

AHA 15

1 appl

le soir.

525,50

Pharmacie EL ANADEL  
Mme H.T. EL ARAKI  
Bd Abdellatif Ben Kaddour  
Tél.: 022-98.54.98

Dr. MKINSI BARGACH S.  
Dermato - Vénéréologue  
Rue du Marché - Résidence Ben Omar  
Porte A - Maârif - CASABLANCA

Rue du Marché - Résidence Benomar - Porte D 2<sup>ème</sup> étage Appt 2 - Maârif - Casablanca  
Tél.: 0522 98 97 86 - 0522 98 82 80 - 06 10 56 16 14  
e-mail: bargachsiham@hotmail.com



# 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 05/09/2023

FACTURE N°697685

N° ICE : 001620659000071

MME SLAOUI FRANÇOISE

N° IF :

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	NEOSTRATA 15 AHA FACE CREAM +	480,00	480,00	80,00	20,00
1	EFUDIX CREME	45,50	45,50		

Pharmacie EL ANADEL  
Mme H.T. EL ARAKI  
Bd, Abdellatif Ben Kaddour  
Tél : 05 22 36 54 38

TOTAL T.T.C :

525,50

Montant

TVA 20% Base :

480,00

Montant

80,00