

# 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.

M23-009161

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

868

Société :

175961

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Burette ep. Slaoui Hanane

Date de naissance :

13/08/41

Adresse :

Résidence Yassine Es D

45 Bd Ghazi es Salles

Tél. :

06230695 Total des frais engagés : 84125,50 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complexe EFC

Date de consultation :

05/09/2013

Nom et prénom du malade :

Burette Hanane ep. Slaoui

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 :

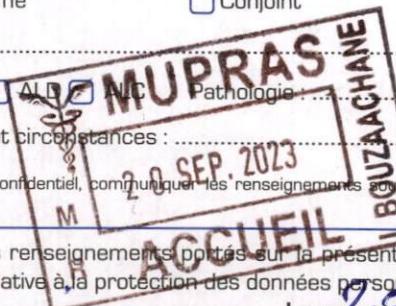
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

S : *(Signature)*

Le : 20/09/2013



#### 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~~

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	

#### BELEVE 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	
00000000	00000000
35533411	11433553

### (Création, remont, adjonction)

7 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET GACHET 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<sup>ÈME</sup> ETAG  
CASABLANACA  
20370  
MAROC

Rubelles, le 18/09/2023

## 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 05/09/2023 05/09/2023 05/09/2023 TOTAL DU DECOMPTE	ETR . PHARMACIE NON REMBOURSABLE ETR : PHARMACIE ETR : CONSULTATION SPÉCIALISTE REFERENCE : 20230918905061 -E	44,03 4,17 36,69 25,00 NUMERO DE DEMANDE : 230824521			1 1 1	44,03 4,17 25,00	65 70	2,71 17,50 20,21
<b>Montant total payé en Euros</b>									<b>20,21</b>

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)

<b>Assuré</b>	N° de Sécurité Sociale : 2 41 08 76 540 053 84	<b>Règlement</b>	Référence : 20230918905061
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

Réservee 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 ( )

21441108126151010531841

NOM (en capitales) : BURETTE S. HOUJ  
Prénom : Françoise

Date de naissance : 13/08/1961

(en capitales) : BURETTE S. HOUJ

Date de naissance : 11/11/11

Exerce-t-il actuellement une activité professionnelle ?

Oui  
 Oui  
 Oui

⇒ Si oui, laquelle ?

Est-il retraité ?

Non  
 Non  
 Non

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

Accident causé par un tiers, indiquez la date :

11/11/11

Accident de travail, indiquez la date :

11/11/11

Maternité, indiquez la date de conception :

11/11/11

(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

Hasni

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 ~~signer à l'encre noire~~. 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  
⇒ les  
⇒ ainsi que,

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

NOM : SAIDI

PRENOM : François DATE DE NAISSANCE : 13/08/1963

Dr. MKINSI BARGACH S.

Dermato - Vénérologue

Rue du Marché - Résidence Ben Omar

Porte 11 - 1000 - CASABLANCA

CONSULTATION(S)

Généraliste  Spécialiste  
 Au cabinet / En établissement  Au domicile

68

05/09/2023 (ppm)

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 (Kinéithérapeute, infirmier(s), orthophoniste...)

Date de la prescription : 10/09/2023

Traitement dispensé du 10/09/2023 au 10/09/2023

Nombre de séances dispensées : 1

Description du traitement :

ANALYSES DE LABORATOIRE

Date de la prescription : 10/09/2023

Date d'exécution : 10/09/2023

Date de la prescription : 10/09/2023

Date d'exécution : 10/09/2023

PHARMACIE / FOURNISSEUR

Date de la prescription : 10/09/2023

Date de délivrance : 10/09/2023

Date de la prescription : 10/09/2023

Date de délivrance : 10/09/2023

Date de la prescription : 10/09/2023

Date de délivrance : 10/09/2023

Date de la prescription : 10/09/2023

Date de délivrance : 10/09/2023

Date de la prescription : 10/09/2023

Date de délivrance : 10/09/2023

AUTRES FRAIS DE SANTÉ

Description des frais facturés :

100.00

Pharmacie  
Mme H. T.  
Bd Abdellatif  
Tunis

Dr MKINSI BARGACH Siham

Dermatologie - Vénérérologie  
Laser - Puvathérapie

05/09/2023

Prise Slaoui Frangolede

45,500 Epidex crème

1 opf le soin /2

x 20j.

48,000  
2) Neostixta AHA 15

1 opf le soin

525,50

Pharmacie EL AWADEI  
Mme H. EL ARAKI  
Bd. Abdellatif Ben Kaddou  
Tél. : 022.38.54.12

Dr. MKINSI BARGACH S.  
Dermato - Vénérérologue  
Rue du Marché - Résidence Benomar  
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

MME SLAOUI FRANÇOISE

N° ICE : 001620659000071

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. 0522 36 54 38

TOTAL T.T.C :

525,50

Montant	TVA 20% Base :	480,00	Montant	80,00
---------	----------------	--------	---------	-------