

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.



13/09/23

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 0868

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Burette Fréderique ep. Slaoui

Date de naissance : 13/08/71

Adresse : Résidence Yasmine Etc D
P. 1 Bd Sbaoui Casablanca

Tél. : 0662550695 Total des frais engagés 1936,10 et 700,12 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément CRC

Date de consultation : 15/09/2023 et 27/09/23

Nom et prénom du malade : Burette Fréderique 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 : Casablanca

Signature de l'adhérent[e] : Glenn

Le : 19/10/2023

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

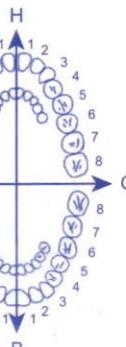
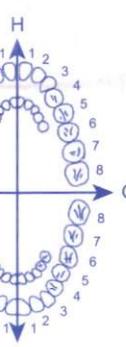
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux [Empty box]
				Montants des soins [Empty box]
				Début d'exécution [Empty box]
				Fin d'exécution [Empty box]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 B 11433553		Coefficient des travaux [Empty box]
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins [Empty box]
				Date du devis [Empty box]
				Date de l'exécution [Empty box]



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 29/09/2023

AVIS DE REGLEMENT

N°	Dates	Détail des prestations	Dépense réelle en Euros	Eléments de calcul					Montant du remboursement	Page 1	
				Prix unitaire	Coeff.	Nbre	Base de remb.	Taux			
1	ASSURE : FRANCOISE - Maladie 15/09/2023 15/09/2023 20/09/2023 TOTAL DU DECOMpte	ETR : MONTURE + 18 ANS ETR : VERRE SIMPLE + 18 ANS ETR : PHARMACIE REFERENCE : 20230929188024 -E	82,24 54,83 7,84	2,84 4,12		1 2 1	2,84 8,24 7,84	60 60 65	1,70 4,94 5,10 11,74		
2	ASSURE : FRANCOISE - Maladie 27/09/2023 TOTAL DU DECOMpte	ETR : ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX REFERENCE : 20230929188025 -E	64,71			1	64,71	55	35,59 35,59		
Montant total payé en Euros										47,33	

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 : 20230929188024
Destinataire :	MME BURETTE FRANCOISE
Mode :	Virement SEPA
Compte :	FR76 1820 6004 9000 8083 9315 073

Nom : SLAOUI

Prénom : FRANCOISE

Caisse des Français de l'Étranger
La Sécurité sociale des expatriés

FEUILLE DE SOINS DISPENSÉS À 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 ()

02 14 05 12 6 540 058 184

NOM (en capitales) : BURETTE SLAOUI

Prénom :

Date de naissance :

13/08/1961

TRANSAOUI

Marie

(en capitales) :

Date de naissance :

13/08/1961

Exerce-t-il actuellement une activité professionnelle ?

Est-il retraité ?

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

Oui

Oui

Non

Non

Oui

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)

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 l'assurance, 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 du traitement : Monsieur le Directeur de la CFE, CFE RELATION CLIENT – 160 rue des Meuniers – 77950 RUBELLES – France.

J. Blaoui

Pour obtenir des feuilles de soins dispensées 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

les

actes en série, frais d'optique,

ainsi que,

attestant du paiement pour chacune des dépenses

(avec nom et prénom du malade) pour les frais suivants : médicaments, analyses médicales, appareillage,

(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 bien

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

NOM : *SAOUA* PRENOM : *Fatima* DATE DE NAISSANCE : *1/1/1981*

Détails des actes médicaux

Dr. MKINSI BARGACH S.

Rue du peintre... Date des soins

Dermato-Vénérologue

Rue du Marché - Résidence Ben Omer

Place D - MAROC - CASABLANCA

Montant réglé
en monnaie
locale

Montant
éventuellement
versé en charge par
l'organisme local

CONSULTATION(S)

<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	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Généraliste	<input type="checkbox"/> Spécialiste	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement	<input type="checkbox"/> Au domicile	.....	.....	.....

CARDIOLOGIE

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

ACTE(S) D'IMAGERIE

<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"/> Électroencéphalogramme	.....	.....	.....
<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 : *1/1/1981*

Traitements dispensé du *1/1/1981* au *1/1/1981*

Nombre de séances dispensées :

Description du traitement :

ANALYSES DE LABORATOIRE

Date de la prescription : <i>1/1/1981</i>	Date d'exécution : <i>1/1/1981</i>	.....	.....
Date de la prescription : <i>1/1/1981</i>	Date d'exécution : <i>1/1/1981</i>	.....	.....

PHARMACIE / FOURNISSEUR

Date de la prescription : <i>1/1/1981</i>	Date de délivrance : <i>1/1/1981</i>	.....	.....
Date de la prescription : <i>1/1/1981</i>	Date de délivrance : <i>1/1/1981</i>	.....	.....
Date de la prescription : <i>1/1/1981</i>	Date de délivrance : <i>1/1/1981</i>	.....	.....
Date de la prescription : <i>1/1/1981</i>	Date de délivrance : <i>1/1/1981</i>	.....	.....
Date de la prescription : <i>1/1/1981</i>	Date de délivrance : <i>1/1/1981</i>	.....	.....

AUTRES FRAIS DE SANTÉ

Description des frais facturés : <i>exerce de 2 berates debout les que</i>	<i>27/03/2023</i>	<i>700,00 DH</i>
	<i>1/1/1981</i>	<i>1/1/1981</i>
	<i>1/1/1981</i>	<i>1/1/1981</i>

Dr MKINSI BARGACH Siham
DERMATOLOGIE - VENEROLOGIE
Rue du Marché - Résidence Benomar - Porte D.
2 ème étage - Appt. n° 2
Maârif - Casablanca.
Tél. : 022.98.97.86 / 98.82.80.

Casablanca, le
27/08/2023

Je soussigné avoir reçu de M SLAOUI... Franguié
La somme de : 400,000Dhs
Pour exécute de protoses
..... rebonheur que

Signé : Dr MKINSI
Dr. MKINSI BARGACH S.
Dermato - Vénérologue
Rue du Marché - Résidence Benomar
Porte D - Maârif - CASABLANCA

che
Caisse des Français de l'Étranger
la Sécurité sociale des expatriés

FEUILLE DE SOINS DISPENSÉS A L'ÉTRANGER

Reservée 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 (N.S.S.)

02 14 05 12 61 54 053 184 1111

NOM (en capitales) : BURETTE SLAOUI

Prénom :

Date de naissance :

13/08/1961

Française

MAROC

(en capitales) :

Date de naissance :

13/08/1961

Exerce-t-il actuellement une activité professionnelle ?

Est-il retraité ?

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

Oui

Oui

Non

Oui

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)

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 du traitement : Monsieur le Directeur de la CFE, CFE RELATION CLIENT - 160 rue des Meuniers - 77950 RUBELLES - France

Blanc

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

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

actes en séne, frais d'optique,

→ ainsi que,

attestant du paiement pour chacune des dépenses.

(avec nom et prénom du malade) pour les frais suivants : médicaments, analyses médicales, appareillage, (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.

• Remboursement

NOM : SLAOUI

PRENOM : FAYANGUI

DATE DE NAISSANCE : 13/11/81/41

Détails des actes médicaux

Nom du praticien
ou de l'établissement

Date des soins

Montant réglé
en monnaie
localeMontant
éventuellement
pris en charge par
l'organisme local 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 Généraliste Spécialiste Au cabinet / En établissement Au domicile

15/09/23

350,00

OPTIMOMES

Myriam EDDOUIB

Opticienne Optométriste

Rue Ibnou Hazem Résidence

Yasmine Casablanca

Tél: 022.94.29.46 et 06.22.94.29.47

CONSULTATION

OPTICAL

OPTIC

OPTIQUE

OPTOMETRISTE

الدكتورة مريم العمراني
مُتخصصة في طب وجراحة العيون خريجة جامعة باريس
Docteur Maryem LAMRANI

Spécialiste en Ophtalmologie diplômée de l'Université de Paris

Casablanca, le 15/09/2023

SLAOUI Françoise

LUNETTES : monture et verres organiques antireflets amincis (vision de près)

OD : +1.50(95° -1.50)

OG : +3.25(65° -1.00)

Docteur Maryem LAMRANI
OPHTALMOLOGISTE
38, bd El Massira El Khadra - Casablanca
Tél. : 05 22 94 29 46 et 05 22 94 29 47

الدكتورة مريم العمراني
مُتَخَصِّصة في طب وجراحة العيون خريجة جامعة باريس

Docteur Maryem LAMRANI

Spécialiste en Ophtalmologie diplômée de l'Université de Paris

Casablanca, le 15 septembre 2023

SLAOUI Françoise

Instiller dans les yeux,

MONOPROST

1 goutte le soir pendant 6 mois

CARTEOL 2%LP

1 goutte le matin pendant 6 mois

Timébat = 0,50
1 goutte / jour

PHARMACIE SOLAICE
Melle EL MOUNA
Docteur en pharmacie
7, Rue Ain Asserdoune, C.I.L
Casablanca - Tél: 05 22 36 24 85

8612

Ne pas arrêter le traitement sans avis médical

Docteur Maryem LAMRANI
OPHTHALMOLOGISTE
38, bd El Massira El Khadra - Casablanca
Tel.: 05 22 94 29 46 et 05 22 94 29 47

PS rupture du stock -

إقامة كريمة - 38، شارع المسيرة الخضراء - 20 100 الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 94 29 46/47
Résidence Karima - 38, Boulevard El Massira El Khadra 20 100 Casablanca - Tél. : 05 22 94 29 46 / 47

صيغة المبيع

Pharmacie La Source

El moumni Mouna
Docteur en Pharmacie
Diplômée de la Faculté
de Médecine et de Pharmacie de Rabat



PHARMACIE
LA SOURCE

Date 09/09/2023

Facture

Facture N° 51001 France

Quantité	Désignation	P.P.M.	TOTAL
1	timahale cly		86.10
J'atteste la présente facture à la somme de quatre vingt six dinars et dix centimes.			
<i>PHARMACIE LA SOURCE MOUNI MOUMNI MOUNA Docteur en Pharmacie 7, Rue Ain Asserdoune C.I.L Casablanca - Tél. 05 22 36 24 85</i>			
<p>Pharmacie la source</p> <p>0 9 2 0 3 8 7 1 0</p>			

7, Rue Ain Asserdoune - C.I.L - CASABLANCA
Tél. : 05 22 36 24 85 - R.C : 293572 - N° Pat. : 34812010

PTIMOMES

64, rue ibnou hazem
Residence Yasmine
tel: 0522944906

facture N° 2023/277

15/09/2023

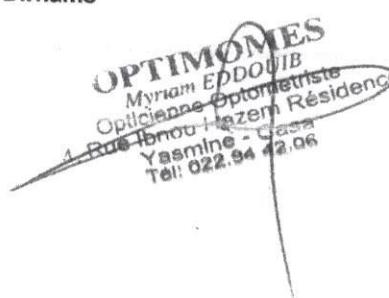
FACTURE

NOM/PRENOM: SLAOUI Françoise
NOM PRESCRIPTEUR : lamrani maryem
DATE PRESCRIPTEUR: 15/09/2023

Nomenclature	Quantité	Designation produits	PU	TOTAL
	1	Monture	900	900
	1	+ 1.50 (- 1.50 à 95°) organique aminci antireflet	300	300
	1	+ 3.25 (- 1 à 65°) organique aminci antireflet	300	300
				1 500.00

Dont TVA: 250 dhs

Arrêtée la présente facture a la somme de : Trois Mille Six Cent Cinquantes Dirhams



Pensez à faire ajuster vos lunettes régulièrement, une visite annuelle chez votre ophtalmologiste est conseillée.

adresse: 64, ibnou Hazem, résidence Yasmine, Casablanca, tel : 05 22 94 42 06
RC:290962 IF:40907770 ICE:000833012000066 Patente:35806687 CNSS:8611362 INPE:095001830

الدكتورة مريم العمراني

بصفة في طب وجراحة العيون خريجة كلية طب

Docteur Maryem LAMRANI

Spécialiste en Ophtalmologie diplômée de l'Université de Paris

Casablanca, le 15/09/2023

SLAOUI Françoise

Honoraires consultation: trois cent cinquante dirhams (350.00DH)

Docteur Maryem LAMRANI
OPHTALMOLOGISTE
38, bd El Massira El Khadra - Casablanca
Tél. : 05 22 94 29 46 et 05 22 94 29 41

إقامة كريمة - 38، شارع المسيرة الخضراء - 20 100 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 94 29 46/47
Résidence Karima - 38, Boulevard El Massira El Khadra 20 100 Casablanca - Tél. : 05 22 94 29 46 / 47