

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 :
 Actif Pensionné(e) Autre : 196069
 Nom & Prénom : Slaoui Frévorine
 Date de naissance : 13/08/1971
 Adresse : Résidence Yaâme
 45 Bd Ghadi Casablanca
 Tél. 0662 50 695 Total des frais engagés : 36 325 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complexe CH

Date de consultation : 20/10/2013

Nom et prénom du malade : Slaoui Frévorine Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : 2 audioprothèses

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 : 10/10/2013

Signature de l'adhérent[e] :

Slavine

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 - RADIOPHARMACIES

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	

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
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

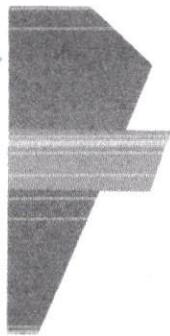
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Audel
S.A.R.L

Matériels Audioprothétiques

Casablanca, le 06/12/2023

FACTURE N°: 0623/23

Mme BURETTE SLAOUI FRANCOISE
CASABLANCA MAROC

Désignation	Qté	Prix Unitaire HT	Prix Total HT
PROTHESE AUDITIVE NUMERIQUE LIVIO AI 2400 MRIC 312	2	15 000,00	30 000,00
GARANTIE 2 ANS ADAPTATION PILE ACOUSTIQUE	10	-	-
Total Hors taxes			
Montant TVA au taux de :	20%		
Total en DHS			

Arrêter la présente facture à la somme de :

TRENTE SIX MILLE DIRHAMS .

MODE DE PAYEMENT :

CHEQUE



137, Bd Adakhla Inara 1
Casablanca

Tél / Fax : 05 22 87 01 07

Site Web : www.audel.ma

code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الاذن والحنجرة الفرابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA
TEL : 022 47 20 20 / 47 30 30 FAX : 022 20 18 85

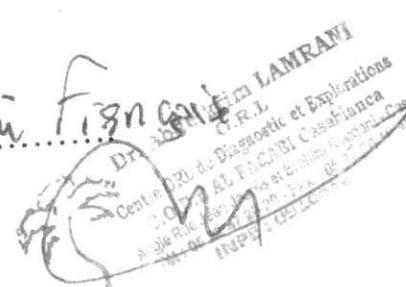
NOTE D'HONORAIRES
CONSULTATION

Le 28/10/2023

Reçu la somme de **trois cents (300) dirhams**

De Mr, Melle, Mme

Pour consultation ORL (C3)



code
AL FARABI

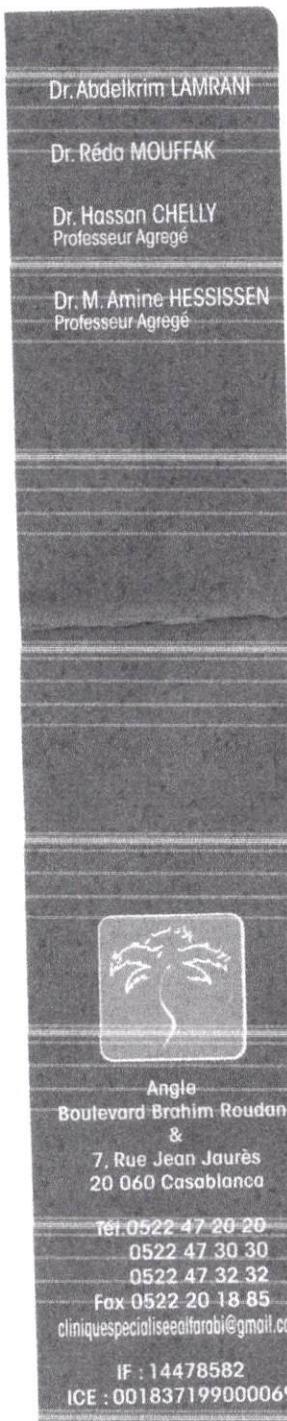
مركز فحص وتشخيص أمراض الأنف والأذن والحنجرة الفرابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Mu

Burette Françoise
Marie Madeleine

Casablanca, le

08/11/2023.



code
AL FARABI

مركز فحص وتشخيص أمراض الأذن والحنجرة الفراغي CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Centre O.R.L Diagn
P.M Burette
Françoise
Marie Madeleine

Casabianca, le

28/10/2023

Prescription de
Deux audioprothèses
conventionnelles pour
Presbyacousie

Dr. Abdelkrim LAMRANI
O.R.L.
Centre ORL de l'Institut des Mines et Explorations
C.O.D.E. AL FIRABI Casablanca
Tel. 05 22 24 72 00 - Fax. 05 22 20 18 85
INPE 091091439

Angle
Boulevard Brahim Roudani
&
7, Rue Jean Jaurès
20 060 Casablanca

Tél. 0522 47 20 20
0522 47 30 30
0522 47 32 32
Fax 0522 20 18 85
cliniquespecialiseeltarabi@gmail.com

ORL

الأذن الأنف والحنجرة

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

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 (

2 41 08 76 640 053 94

NOM (en capitales) :

SLAOUI
FRANCOISE
NAROC

Date de naissance : 13/08/1941

Prénom :

Prénom :

(en capitales) :

Date de naissance : 13/08/1941

Exerce-t-il actuellement une activité professionnelle ?

Oui

Non

Si oui, laquelle ?

Est-il retraité ?

Oui

Non

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

Oui

Non

Accident causé par un tiers, indiquez la date :

 / / / / /

Accident de travail, indiquez la date :

 / / / / /

Maternité, indiquez la date de conception :

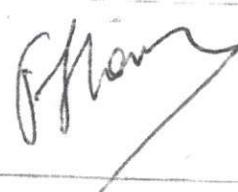
 / / / / /

(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 du 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 RUEBELLES – France



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

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.



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 2ÉME ETAG
CASABLANACA
20370
MAROC

Rubelles, le 14/02/2024

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 28/10/2023 28/10/2023 06/12/2023 08/11/2023 08/11/2023 TOTAL DU DECOMpte	ETR : CONSULTATION SPÉCIALISTE ETR : APPAREIL AUDITIF ETR : PHARMACIE REFERENCE : 20240214080005 -E	27,62 3304,13 2,34 NUMERO DE DEMANDE : 240106539	25,00 400,00	1 2 1	1 2 1	25,00 800,00 2,34	70 60 65	17,50 480,00 1,52 499,02

Montant total payé en Euros

499,02

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.

Compte tenu du coût important de vos frais une aide exceptionnelle peut être accordée par la caisse après examen de votre situation individuelle : assp@cfefr

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 : 20240214080005 Destinataire : MME BURETTE FRANCOISE Mode : Virement SEPA Compte : FR76 1820 6004 9000 8083 9315 073
--------	--	-----------	--