

## 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

- Reclamation : 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge 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

N° M21- 0030658

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0868 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 196069  
Nom & Prénom : Slaoui Fatenouche  
Date de naissance : 13/08/77  
Adresse : Résidence Yagoua  
Rt 201 Ghadi Casablanca  
Tél. : 0662550695 Total des frais engagés : 36.325,00 DHs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Enplev CFE  
Date de consultation : 28/01/2013  
Nom et prénom du malade : Slaoui Fatenouche 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 : 10/02/24  
Signature de l'adhérent(e) : Slaoui

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



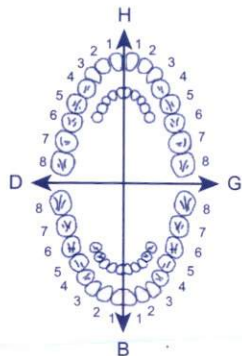
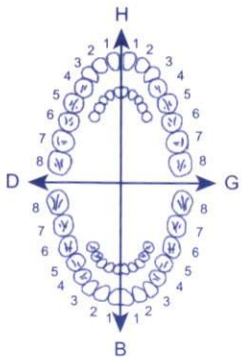
[illegible][illegible][illegible][illegible]

## RELEVÉ 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	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 60%;"> COEFFICIENT DES TRAVAUX   MONTANTS DES SOINS   DEBUT D'EXECUTION   FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>   <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>   <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>   <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H  25533412  00000000  D </div> <div style="text-align: center;"> H  21433552  00000000  G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 00000000  35533411  B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000  11433553  B </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 60%;"> COEFFICIENT DES TRAVAUX   MONTANTS DES SOINS   DATE DU DEVIS   DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>   <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>   <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>   <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

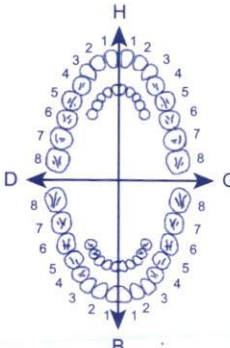
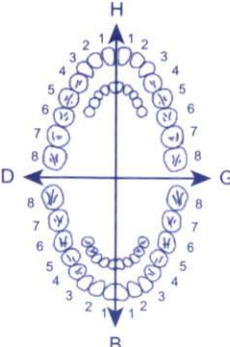
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

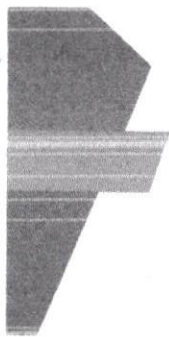
**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
		<div><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D—————G</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div></div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX
		<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>			MONTANTS DES SOINS
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## 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	-	-
<b>Total Hors taxes</b>			<b>30 000,00</b>
<b>Montant TVA au taux de :</b>	<b>20%</b>		<b>6 000,00</b>
<b>Total en DHS</b>			<b>36 000,00</b>

Arrêter la présente facture à la somme de :

**TRENTE SIX MILLE DIRHAMS .**

**MODE DE PAYEMENT :**

**CHEQUE**

**Audel**  
137, Bd Adakhla Inara 1 - 20480 Casablanca  
Tél / Fax : 05 22 87 01 07  
Site Web : www.audel.ma

code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الانف والاذن 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

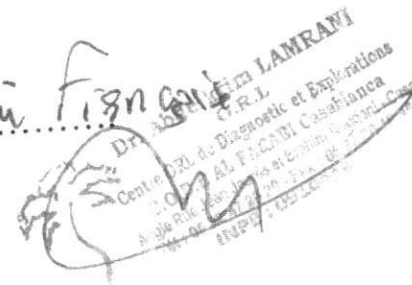
Le 28/10/2023

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

De Mr, Melle, Mme

BURETTE SLAÏM Fignani

Pour consultation ORL (C3)





code

AL FARABI

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

Mu  
Burette François  
Marie Madeleine

Casablanca, le 08/11/2023.

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY  
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN  
Professeur Agrégé

25,50) Topsyne gel  
en application locale

Dr. Abdelkrim LAMRANI  
O.R.L.

Centre O.R.L. de Diagnostic et d'Exploration  
C.O.R.L.E.M. de Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani  
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85  
N°PE : 001091439



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  
cliniquespecialiseealfarabi@gmail.com

IF : 14478582  
ICE : 001837199000069

ORL  
Diagnostic & Explorations

الاذن الانف والحنجرة  
تشخيص و استكشاف

code

AL FARABI

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

M Burette  
François  
Marie Madeleine

Casablanca, le

28/10/2021

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY  
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN  
Professeur Agrégé

Prescription de  
deux audioprothèses  
conventionnelles pour  
Presbyacousie

Dr. Abdelkrim LAMRANI  
O.R.L.

Centre O.R.L. de Diagnostic et Explorations  
C.O.D.E. AL FARABI Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa  
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85  
INPE : 051091439



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

cliniquedecodealforabi@gmail.com

IF : 14478582

ICE : 001837199000069

O.R.L.

Diagnostic & Explorations

الأذن والأنف والحنجرة  
التشخيص والتدخل





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

NOM : S. LAOUI PRENOM : FRANCOISE DATE DE NAISSANCE : 13/10/49

Détails des actes médicaux

Nom du praticien  
ou de l'établissement

Date des soins

Montant réglé  
en monnaie  
locale

Montant  
éventuellement  
pris en charge par  
l'organisme

**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

C 18/10/2023 300,00

1 1 1 1 1

1 1 1 1 1

1 1 1 1 1

**CARDIOLOGIE**

- ☐ Électrocardiogramme (ECG)
- ☐ Électrocardiogramme + 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 :

1 1 1 1 1

1 1 1 1 1

1 1 1 1 1

1 1 1 1 1

1 1 1 1 1

1 1 1 1 1

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

Date de la prescription : 1 1 1 1 1

Traitement dispensé du 1 1 1 1 1 au 1 1 1 1 1

Nombre de séances dispensées : 1 1 1 1 1

Description du traitement :

**ANALYSES DE LABORATOIRE**

Date de la prescription : 1 1 1 1 1 Date d'exécution : 1 1 1 1 1

Date de la prescription : 1 1 1 1 1 Date d'exécution : 1 1 1 1 1

**PHARMACIE / FOURNISSEUR**

Date de la prescription : 08/11/23 Date de délivrance : 08/11/23 25,50

Date de la prescription : 28/10/2023 Date de délivrance : 06 DEC 2023 36,0000

Date de la prescription : 1 1 1 1 1 Date de délivrance : 1 1 1 1 1

Date de la prescription : 1 1 1 1 1 Date de délivrance : 1 1 1 1 1

**AUTRES FRAIS DE SANTÉ**

Description des frais facturés :

1 1 1 1 1

1 1 1 1 1

1 1 1 1 1

**Dr. Abdelkrim LAMRANI**  
Centre ORL de Casablanca  
C.O.D.E.A.L.  
Avenue du Jean Jaurès  
Tél : 05 22 47 20 40 Fax : 05 22 20 18  
INPE

## 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 (

2 41 08 76 540 053 94

NOM (en capitales) :

SLAOUI  
FRANCOISE  
NAROC

Prénom :

Date de naissance :

(en capitales) :

Date de naissance :

13.08.41

Exerce-t-il actuellement une activité professionnelle ?

Est-il retraité ?

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

☐ Oui

☐ Non

Si oui, laquelle ?

☐ Oui

☐ Non

☐ 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 pénalités, à la radiation, à des peines d'amende et/ou d'emprisonnement (articles L756-1-3 et L756-2-2 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 - 77350 RUBELLES - France

*[Signature]*

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

→ 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 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 14/02/2024

## AVIS DE REGLEMENT

Page 1

N°	Dates	Détail des prestations	Dépense réelle en Euros	Éléments de calcul					Montant du remboursement
				Prix unitaire	Coeff.	Nbre	Base de rembt	Taux	
1	ASSURÉ : FRANCOISE - Maladie 28/10/2023 28/10/2023 06/12/2023 08/11/2023 08/11/2023 TOTAL DU DECOMPTÉ	ETR : CONSULTATION SPÉCIALISTE	27,62	25,00		1	25,00	70	17,50
		ETR : APPAREIL AUDITIF	3304,13	400,00		2	800,00	60	480,00
		ETR : PHARMACIE	2,34			1	2,34	65	1,52
		REFERENCE : 20240214080005 -E							
		NUMERO DE DEMANDE : 240106539							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@cfe.fr](mailto:assp@cfe.fr)

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)

Les dépassements 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		Règlement	Référence :20240214080005
N° de Sécurité Sociale :2 41 08 76 540 053 84		Destinataire : MME BURETTE FRANCOISE	
Nom :SLAOUI		Mode : Virement SEPA	
Prénom :FRANCOISE		Compte : FR76 1820 6004 9000 8083 9315 073	