

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.

Diologie 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.

Éducation :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 064383

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0768

Société : 18741

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Burnett Florence ep. Slaoui

Date de naissance : 23/09/1941

Adresse : Résidence Jasonne - Esc D

45 Bd Ghoushi es-Sablone.

Tél. : 0662170695 Total des frais engagés : 1222,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément CFC

Date de consultation : 21/10/2020

Nom et prénom du malade : Burnett Florence

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

MUPRAS

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) :

Yves J.

Le : 23/11/2020

25 NOV. 2020
ACCUEIL

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 Cœfficients	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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553		Montants des soins
	B			Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE EL ANADEL

3 bd abdellatif ben kaddour

pharmacien diplômé de l'université de CAEN
HOMEOPATHIE-PHYTOTHERAPIE-HERBORISTE

R.C :

T.V.A :

Patente:35600524

Tél :0522 36 54 8

Le 31/10/2020

FACTURE N°547696

N° ICE : 001620659000071

N° IF :

SLAOUI FRANÇOISE

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	SERETIDE DISKUS 250µG	248,00	248,00		
1	ZITHROMAX CO 500MG 3U	79,70	79,70		

Pharmacie EL ANADEL
Mme H.T. EL ARAKI
Bd. Abdellatif Ben Kaddour
Tél : 0522 36 54 88

3149934

TOTAL T.T.C :

327,70



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 16/11/2020

AVIS DE RÈGLEMENT

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 31/10/2020 31/10/2020 03/11/2020 TOTAL DU DECOMPTE	ETR : PHARMACIE ETR : CONSULTATION GÉNÉRALISTE ETR : BIO. ET ANATOMO-CYTOPATHOLOGIE REFERENCE : 20201116004054 -E	30,39 18,55 64,46	25,00		1 1 1	30,39 18,55 64,46	65 70 50	19,75 12,99 32,23 64,97
Montant total payé en Euros									64,97

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 : 20201116004054
Nom : SLAOUI Prénom : FRANCOISE		Destinataire : MME BURETTE FRANCOISE Mode : Virement SEPA Compte : FR76 1820 6004 9000 8083 9315 073	

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES MEDICALES
5, Avenue du Docetur Mohamed Sijelmassi (ex Av du phare) - Résidence KENZ
Racine extension Bourgogne -Casablanca.
Tél : 0522 368749 Fax : 0522 368754
N° de patente : 33104766 ICE : 00168 1325 000031 INPE 097159503

FACTURE N° : 2011030473

Casal anca le 03-11-2020
Prescripteur :

Mme FRABCOISE MARIE MADELEINE Burette

Demande N° 2011030473
Date de l'examen : 03-11-2020
Correspondant :

Analyses :

Récapitulatif des analyses

<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
ECOUV	Prélèvement sur écouvillon ou mycologique BIOLOGIE MOLECULAIRE (SARS – CORONAVIRUS 2)	E25 B500	E B

Total des B : 500

TOTAL DOSSIER : 695 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : six cent quatre-vingt-quatre dirham s

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES
5, Avenue du Docetur Mohamed Sijelmassi (ex Av du phare) - Résidence KENZ
Racine extension Bourgogne -Casablanca.



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^{EME} ETAG
CASABLANACA
20370
MAROC

Rubelles, le 16/11/2020

AVIS DE RÉGLEMENT

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 31/10/2020 31/10/2020 03/11/2020 TOTAL DU DECOMPTE	ETR : PHARMACIE ETR : CONSULTATION GÉNÉRALISTE ETR : BIO. ET ANATOMO-CYTOPATHOLOGIE REFERENCE : 20201116004054 -E	30,39 18,55 64,46	25,00			30,39 18,55 64,46	65 70 50	19,75 12,99 32,23 64,97
									Montant total payé en Euros
									64,97

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 : 20201116004054
	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

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE (obligatoire) :

NOM (en capitales) :

Stéphane

Date de naissance :

Prénom :

François

11/08/61

Pays où ont été dispensés les soins :

77052

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE (s'il ne s'agit pas de l'adhérent)

NOM (en capitales) :

Date de naissance :

Prénom :

Exerce-t-il actuellement une activité professionnelle ?

Oui

Oui

Non

Non

⇒ Si oui, laquelle

Est-il retraité ?

Non

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

Non

Oui

Je m'engage à signaler tout changement dans la situation de cet avant-droit

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES SOINS (s'il ne s'agit pas de maladie)

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)

MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

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 L766-3 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 liberté 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

Signature :



3 et L766-2-2 du code de la

moderne

ment tout changement de pays.

RENOUVELLEMENT DES FEUILLES DE SOINS (Imprimé téléchargeable sur notre site www.cfe.fr, rubrique « vos

Pour obtenir des feuilles de soins dispensés à l'étranger, indiquez le nombre souhaité :

IMPORTANT : CONSEILS PRATIQUES AUX ADHÉRENTS

• Utilisez une feuille de soins par malade.

• Complétez obligatoirement cette 1^{re} page : tous les éléments doivent être renseignés pour le bon traitement. N'oubliez pas d'indiquer votre numéro de sécurité sociale et de signer la feuille de soins. Le verso doit également être complété par vos soins.

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

⇒ les factures originales détaillées et acquittées attestant du paiement pour chacune des dépenses.
⇒ les prescriptions médicales (avec nom et prénom du malade) pour les frais suivants : médicaments, analyses médicales, appareillage, actes en série, frais d'optique.
⇒ ainsi que, en cas de traitement en série, un état de frais indiquant toutes les dates de soins (mais 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 RIB lors de votre 1^{er} envoi de feuille(s) de soins.

• Pour tout renseignement complémentaire, consultez le site de la CFE : www.cfe.fr

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

Identité du malade : **NOM** : **PRENOM** : **DATE DE NAISSANCE** : | ____/____/____ |

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 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"/> Électrocardiogramme (ECG)	.....	____/____/____	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Électrocardiogramme + 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 : | ____/____/____ |

Traitements dispensés du | ____/____/____ | au | ____/____/____ |

Nombre de séances dispensées :

Description du traitement :

ANALYSES DE LABORATOIRE

Date de la prescription : | ____/____/____ |	Date d'exécution : | 03/11/2020 B |	.....
Date de la prescription : | ____/____/____ |	Date d'exécution : | ____/____/____ |	.....

PHARMACIE / FOURNISSEUR

Date de la prescription : | 31/10/2020 |	Date de délivrance : | 31/10/2020 |	32770	Pharmacie Bd. de la République
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 :
--	-------	-------	-------

Docteur Nathalie PAYELLE

Diplômée de la Faculté de Médecine
de RENNES (France)

MEDECINE GENERALE

D.U. : Diététique et Maladies de la Nutrition
(Diabète - Hypercholestérolémie - Obésité ...)

Autorisation N° : 12457

Casablanca, le

الدكتورة نتالي بيل

مترجمة كلية الطب بربن (فرنسا)

الطب العام

شها جامعية في الحمية وأمراض التغذية
(الدري ، السمنة ، الكوليستروول ...)

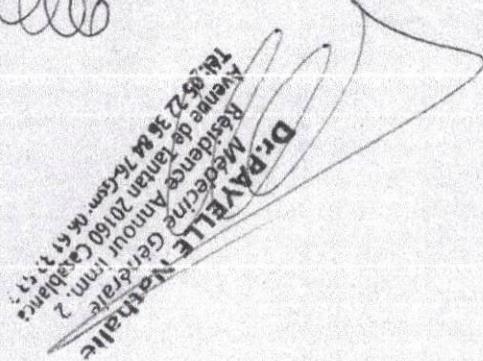
رخصة رقم: 12457

الدار البيضاء، في

Mr. BAEUL
français

Consultation au cabinet
200,00 MD

ce mardi



Résidence Annour Immeuble 2 - Avenue de Tan Tan 20160 - CASABLANCA
Tél. & Fax : 00 212 (0) 522 36 84 76 - GSM : 00 212 (0) 661 32 53 22

Docteur Nathalie PAYELLE

Diplômée de la Faculté de Médecine
de RENNES (France)

MEDECINE GENERALE

D.U. : Diététique et Maladies de la Nutrition
(Diabète - Hypercholestérolémie - Obésité ...)

Autorisation N° : 12457

Casablanca, le

الكتورة نطالى بيل

خريجة كلية الطب برين (فرنسا)

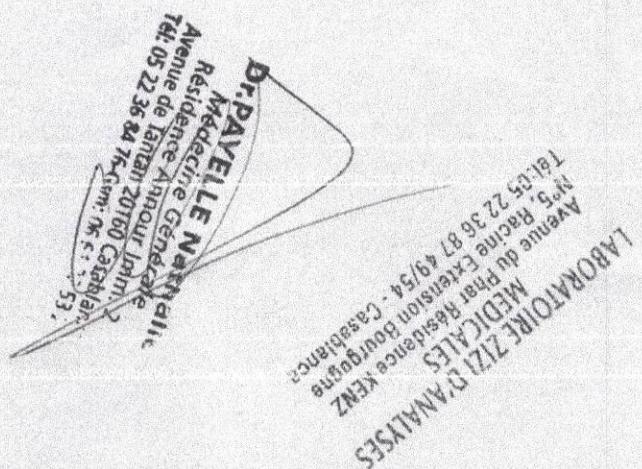
الطب العام

ش. دة جامعية في الحمية وأمراض التغذية
(الكري ، السمنة ، الكوليسترول ...)

رخصة رقم : 12457

Dr. N. PAYELLE
Nathalie

6/1/2001



Résidence Annour Immeuble 2 - Avenue de Tan Tan 20160 - CASABLANCA
Tél. & Fax : 00 212 (0) 522 36 84 76 - GSM : 00 212 (0) 661 32 53 22

Docteur Nathalie PAYELLE

Diplômée de la Faculté de Médecine
de RENNES (France)

MEDECINE GENERALE

D.U. : Diététique et Maladies de la Nutrition
(Diabète - Hypercholestérolémie - Obésité...)

Autorisation N° : 12457

الد نورة نطالى بيل

ريحة كلية الطب برين (فرنسا)

الطب العام

شهادة تاميمية في الحمية وأمراض التغذية
(السكري ، السمنة ، الكوليسترول ...)

رخصة رقم : 12457

Casablanca, le

21/08/2002
الدار البيضاء ، في

Al & Aoud
Pharmacist

19,40

1/- Alhawat 80

11/8 37

21/8/02 N. Seredi 70 de 100

met et son

100

29/8/02

Dr PAYELLE Nutrition
Résidence Annour Immeuble 2 - Avenue de Tan Tan 20160 Casablanca
Tél. 00 212 36 84 76 55 66 61 32 52
Avenue de Tan Tan 20160 Casablanca

Dr PAYELLE Nutrition
Résidence Annour Immeuble 2 - Avenue de Tan Tan 20160 Casablanca
Tél. 00 212 36 84 76 55 66 61 32 52
Avenue de Tan Tan 20160 Casablanca

Résidence Annour Immeuble 2 - Avenue de Tan Tan 20160 - CASABLANCA

Tél. & Fax : 00 212 (0) 522 36 84 76 - GSM : 00 212 (0) 661 32 52