

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

Pathologie 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 canalaire, 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 canalaire.

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 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

Dossier N° P19-
n° 57056 068933

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 00868 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Shaaoui Brahim

Date de naissance : 13/08/41

Adresse : Résidence Yasmine Essaïd

45 Bd Ghazioui Bourj Ben Houssein

Tél. : 0662 510 695 Total des frais engagés : 910,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

complément CAF

Date de consultation : 10/01/2021

Nom et prénom du malade : Shaaoui Brahim Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : gencive dentaire -

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 : 29/01/2021

Signature de l'adhérent(e) : Shaaoui

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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) :

2141108765401053184

NOM (en capitales) :

Slaoui

Date de naissance :

13/08/71

Prénom :

Fatima

Pays où ont été dispensés les soins :

France

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

NOM (en capitales) :

Date de naissance : 1/1/11

Prénom :

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

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

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

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)

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 L766-1-3 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 marqués 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

Signature :

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

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 de votre demande.
N'omettez 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 (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 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

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

Identité du malade : NOM : SLAOUI PRENOM : François DATE DE NAISSANCE : 13/08/41

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 checked="" type="checkbox"/> Spécialiste				
<input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement	<input type="checkbox"/> Au domicile	<u>Casultech</u>	<u>10/11/21</u>	<u>4.00</u>
<input type="checkbox"/> Généraliste <input checked="" type="checkbox"/> Spécialiste				
<input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement	<input type="checkbox"/> Au domicile		<u>10/11/21</u>	
<input type="checkbox"/> Généraliste <input checked="" type="checkbox"/> Spécialiste				
<input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement	<input type="checkbox"/> Au domicile		<u>10/11/21</u>	
<input type="checkbox"/> Généraliste <input checked="" type="checkbox"/> Spécialiste				
<input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement	<input type="checkbox"/> Au domicile		<u>10/11/21</u>	

CARDIOLOGIE				
<input type="checkbox"/> Électrocardiogramme (ECG)	<u>CLINIQUE ZERKTOUNI</u>		<u>10/11/21</u>	
<input type="checkbox"/> Électrocardiogramme + test d'effort (EFF)	<u>Service d'ORTHOPODIQUE</u>		<u>10/11/21</u>	
<input type="checkbox"/> Autre acte, à préciser :	<u>Service de Médecine</u>		<u>10/11/21</u>	

ACTE(S) D'IMAGERIE				
<input type="checkbox"/> Radiographie, zone à préciser :	<u>Yeux</u>	<u>2/11</u>	<u>10/11/21</u>	<u>3.00</u>
<input type="checkbox"/> Radiographie panoramique			<u>10/11/21</u>	
<input type="checkbox"/> Mammographie : <input type="checkbox"/> Unilatérale <input checked="" type="checkbox"/> Bilatérale			<u>10/11/21</u>	
<input type="checkbox"/> Scanner			<u>10/11/21</u>	
<input type="checkbox"/> IRM			<u>10/11/21</u>	
<input type="checkbox"/> Electroencéphalogramme			<u>10/11/21</u>	
<input type="checkbox"/> Echographie, zone à préciser :			<u>10/11/21</u>	
<input type="checkbox"/> Autre, à préciser :	<u>Syndactylie</u>	<u>Kaoz</u>	<u>10/11/21</u>	<u>2.00</u>

ACTE(S) DISPENSÉ(S) PAR UN AUXILIAIRE MEDICAL (Kinésithérapeute, infirmier(e), orthophoniste...)				
Date de la prescription :	<u>10/11/21</u>			
Traitements dispensés du	<u>10/11/21</u>	au	<u>10/11/21</u>	
Nombre de séances dispensées :				
Description du traitement :				

ANALYSES DE LABORATOIRE				
Date de la prescription :	<u>10/11/21</u>	Date d'exécution :	<u>10/11/21</u>	
Date de la prescription :	<u>10/11/21</u>	Date d'exécution :	<u>10/11/21</u>	

PHARMACIE / FOURNISSEUR				
Date de la prescription :	<u>10/11/21</u>	Date de délivrance :	<u>10/11/21</u>	
Date de la prescription :	<u>10/11/21</u>	Date de délivrance :	<u>10/11/21</u>	
Date de la prescription :	<u>10/11/21</u>	Date de délivrance :	<u>10/11/21</u>	
Date de la prescription :	<u>10/11/21</u>	Date de délivrance :	<u>10/11/21</u>	
Date de la prescription :	<u>10/11/21</u>	Date de délivrance :	<u>10/11/21</u>	

AUTRES FRAIS DE SANTE				
Description des frais facturés :			<u>10/11/21</u>	



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 14/01/2021

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 rembt	Taux	
1	ASSURE : FRANCOISE - Maladie 10/01/2021 10/01/2021 10/01/2021 TOTAL DU DECOMPTE	ETR : CONSULTATION SPÉCIALISTE ETR : ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX ETR : ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX REFERENCE : 20210114706087 -E	37,01 27,76 18,51	25,00		1 1 1	25,00 27,76 18,51	70 55 55	17,50 15,27 10,18 42,95
Montant total payé en Euros									42,95

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 : 20210114706087
Nom : SLAOUI Prénom : FRANCOISE		Destinataire : MME BURETTE FRANCOISE Mode : Virement SEPA Compte : FR76 1820 6004 9000 8083 9315 073	



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام و المفاصل
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr .Abderrazak HEFTI

- Dr .Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :
10/01/2021

Mme SLAOUI Francoise

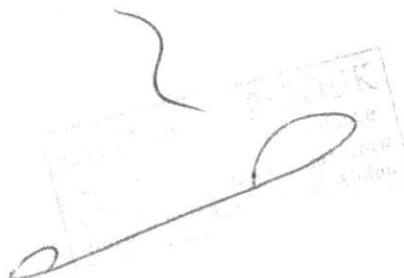
Incidence:

- 4^e doigt de la main droite F+P

Résultat :

Fracure en la base du PIV

27





مصحة الزرقطوني لجراحة العظام و المفاصل
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr .Abderrazak HEFTI

- Dr .Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 10/01/26

Que Stavi frangue

①

Ansai sur →
1 pas

②

Dusen

→ 1 pas



Angle Bd. Mohamed Abdou et Bd. du 9 Avril, Quartier Palmiers - 20100 CASABLANCA - Tél.: Standard : 05 22 25 33 00
Consultations : 05 22 25 33 66 - Fax : 05 22 99 21 21 - E-mail : cliniquezerkouni@menara.ma - ICE : 001611954000075



Chirurgiens Orthopédistes :
- Dr .Abderrazak HEFTI

مصحة الزرقطوني لجراحة العظام و المفاصل
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

- Dr .Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

10/01/2021

Facture N° 5023/21

Mme SLAOUI Françoise

Consultation	400DH
Radiographie	300 DH
Syndactilisation	200 DH
	900 DH

Total

Arrêtée la présente facture de la somme:
// Neuf Cent Dirhams//



Angle Bd. Mohamed Abdou et Bd. du 9 Avril, Quartier Palmiers - 20100 CASABLANCA - Tél.: Standard : 05 22 25 33 00
Consultations : 05 22 25 33 66 - Fax : 05 22 99 21 21 - E-mail : cliniquezerktouni@menara.ma - ICE : 001611954000075