

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Prothèse :

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 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



## Déclaration de Maladie

N° M21-0030655

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00868 Société : 65144

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Burette ep Sleoni Francine

Date de naissance : 13/10/87

Adresse : Résidence Jammi - ESC D  
45 Bd Zhenash - Casa

Tél. : 0662 51069 Total des frais engagés : DH 3525,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Complément CFE

Date de consultation : 01/03/2021

Nom et prénom du malade : Burette / Sleoni Francine Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : Casa Le : 29/03/21

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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 18/03/2021

## 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 remb	Taux	
1	ASSURE : FRANCOISE - Maladie								
	01/03/2021	ETR : CONSULTATION SPÉCIALISTE	27,82	25,00		1	25,00	70	17,50
	01/03/2021	ETR : ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX	37,09			1	37,09	55	20,40
	02/03/2021	ETR : BIO. ET ANATOMO-CYTOPATHOLOGIE	39,79			1	39,79	50	19,90
	02/03/2021	ETR : BIO. ET ANATOMO-CYTOPATHOLOGIE	218,69			1	218,69	50	109,35
	02/03/2021	ETR : PHARMACIE	3,75			1	3,75	65	2,44
	TOTAL DU DECOMPTE	REFERENCE : 20210317147037 -E							169,59

Montant total payé en Euros

169,59

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 : 20210317147037
Nom : SLAOUI		Destinataire : MME BURETTE FRANCOISE	
Prénom : FRANCOISE		Mode : Virement SEPA	
		Compte : FR76 1820 6004 9000 8083 9315 073	



## FEUILLE DE SOINS DISPENSÉS À L'ÉTRANGER

Réservée à l'usage exclusif des adhérents de la CFE - À 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) :

214410817615401053184

**NOM** (en capitales) :

SLAOUI

**Date de naissance** :

13/10/49

**Prénom** :

Faouzi

**Pays où ont été dispensés les soins** :

Maroc

### 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

☐ 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 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 RUBELLES - France

Signature :

*[Signature]*

### RENOUVELLEMENT DES FEUILLES DE SOINS (imprime téléchargeable sur notre site [www.cfe.fr](http://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<sup>ère</sup> 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<sup>er</sup> envoi de feuille(s) de soins.
- Pour tout renseignement complémentaire, consultez le site de la CFE : [www.cfe.fr](http://www.cfe.fr)



**ÉTAT 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)**

- ☐ 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

**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
- ☐ Échographie, zone à préciser : .....
- ☐ Autre, à préciser : .....

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

Date de la prescription : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Traitement dispensé du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre de séances dispensées : .....

Description du traitement : .....

**ANALYSES DE LABORATOIRE**

Date de la prescription : 01/03/21

Date d'exécution : 02/03/21

Date de la prescription : 01/03/21

Date d'exécution : 03/03/21

2356,60 M

428,30 M

**PHARMACIE / FOURNISSEUR**

Date de la prescription : 01/03/21

Date de délivrance : 02/03/21

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 : .....



Casablanca, le 01/03/2021

**SLAOUI\* Françoise**

Examen copro-parasitologique des selles avec recherche de sang dans les selles  
par technique immuno chromatographique 2 fois

NFS, plaquettes

Ferritinémie

ASAT ALAT

Urée, Créatinine

uricémie

TSH us

Cholesterol total/ HDL/LDL

Triglycérides

Glycémie à jeun

Vitamine D

LABORATOIRE MOZART  
Dr BOUCHRA MEKOUAR TAZI  
BIOLOGISTE  
1, RUE MOZART - CASABLANCA  
TEL: 36.97.00/01 - FAX: 36.97.92

Docteur Mohamed Slaoui  
Spécialiste: Hépatologie - Gastro - Entérologie  
Proctologie Médicale - Endoscopie - Chirurgie  
82, Rue Soumaya - Angle Ed Abdelmoumen  
Tél: 06 22 23 78 83 - Fax: 06 22 25 99 27

DOCTEUR MOHAMED SLAOU  
Spécialiste en Hépatologie - Gastro - Entérologie



الدكتور محمد السلاوي  
اختصاصي في أمراض المعدة والأمعاء والكبد والبواسير

Casablanca, le

01 MARS 2021

الدار البيضاء، في

Dr. Slaoui: Francois

Dr. EL EDASSOUK

40,40

Pharmacie EL ANADEL  
Mme H.T. EL ARAKI  
Boulevard Ben Kaddour  
Tél: 05 22 23 78 83

Docteur Mohamed Slaoui  
Spécialiste: Hépatologie - Gastro - Entérologie  
Proctologie - Endoscopie - Echographie  
82, rue Sournaya, angle boulevard Abdelmoumen  
Tél: 05 22 23 78 83 - Tél / Fax: 05 22 25 99 87

82, rue Sournaya, angle boulevard Abdelmoumen • 2<sup>e</sup> étage imm. « Fiat - Jeep » quartier Palmiers • Casablanca - Maroc  
Tél: 05 22 23 78 83 • Tél Fax: 05 22 25 99 87 • Urgence: slaoui.mohamed@gmail.com • Cinquième Longchamps





Casablanca, le

1103/21

الدار البيضاء في

Am — Staden Franck

NEALS D'KONORAN

$\frac{1}{2}$  asylo

30005

230

6 years

CEA

MSa

Food

[illegible]

82. رنقة سومية، زاوية شارع عبد المومن • الطابق الثاني، عمارة « فيات - جيب »، حي النخيل • الدار البيضاء، المغرب  
82, rue Sourmaya, angle boulevard Abdelmoumen • 2<sup>ème</sup> étage, imm. « Fiat - Jeep », quartier Palmiers • Casablanca, Maroc  
Tél.: 05 22 23 78 83 | 06 98 97 17 18 • Tél. Fax: 05 22 25 99 87 • Urgence: slaouimed.doc@gmail.com | Clinique Longchamps

# LABORATOIRE MOZART D'ANALYSES MEDICALES

Dr Mekouar-Tazi

I, Rue Mozart, Casablanca. Tél : 022-36-97-90 / 91 - Fax : 022-36-97-92

N° R.C. : 272918 - N° I.F. : 827626 - Patente : 35600334.

ICE : 000441620000082 // INPE 097158778

Casablanca le 2 mars 2021

Madame SLAOUI FRANCOISE

Mutuelle

FACTURE N° 97766

## Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	50	
Plaquettes -----	B	30	
Glycémie (à jeûn) -----	B	30	
Urée -----	B	30	
Créatinine sanguine -----	B	30	
Cholestérol total -----	B	30	
HDL + LDL -----	B	30	
Triglycérides -----	B	80	
Transaminases -----	B	60	
Acide urique sanguin -----	B	100	
Ferritine -----	B	30	
Thyreostimuline (TSH 3e IS) -----	B	250	
Recherche du sang dans les selles quanti -----	B	250	
Copro-parasitologie des selles -----	B	180	
Vitamine D -----	B	140	
	B	450	Total : B 1740

## Prélèvements :

Sang----- Pc 1,5

TOTAL DOSSIER

2 356,60 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Mille Trois Cent Cinquante Six Dirhams et Soixante Centimes

LABORATOIRE MOZART  
DR MEKOUAR-TAZI  
RUE MOZART - CASABLANCA  
TEL: 36.97.90/91 - FAX: 36.97.92



# LABORATOIRE MOZART D'ANALYSES MEDICALES

Dr Mekouar-Tazi

1, Rue Mozart, Casablanca. Tél : 022-36-97-90 / 91 - Fax : 022-36-97-92

N° R.C. : 272918 - N° I.F. : 827626 - Patente : 35600334.

ICE : 000441620000082 // INPE 097158778

Casablanca le 2 mars 2021

Madame SLAOUI FRANCOISE,

Mutuelle

FACTURE N° 97767

Analyses :

Recherche du sang dans les selles quanti

(52)

B

180

Copro-parasitologie des selles

(52)

B

140

Total : B 320

TOTAL DOSSIER

428,80 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre Cent Vingt Huit Dirhams et Quatre vingt Centimes

LABORATOIRE MOZART  
Dr DUCHRA MEKOUAR-TAZI  
1, RUE MOZART - CASABLANCA  
Tél : 022-36-97-90 / 91 - Fax : 022-36-97-92