

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

65MUY Date

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00868

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Burette ep

Slaoui Hanane

Date de naissance : 13/08/41

Adresse : Résidence Jasmia - Esc 2

45 Post għenċha ċasa

Tél. : 0662 510695

Total des frais engagés : DH 3525,83 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complexe CFE



Date de consultation : 01/03/2021

Nom et prénom du malade : Burette / Slaoui Hanane

Conjoint

Enfant

Lien de parenté : Lui-même

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 : Casablanca

Le : 29/03/21

Signature de l'adhérent(e) :

(Hanane)



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 18/03/2021

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

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 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) :

2141081761540105384

NOM (en capitales) :

SLAOUI

Date de naissance :

13/10/1947

Prénom :

François

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 :

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 :

RENOUVELLEMENT DES FEUILLES DE SOINS (imprime 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

ÉTAT DÉCLARATIF A COMPLÉTER PAR L'ADHÉRENT POUR LES SOINS REÇUS A L'ÉTRANGER

IDENTITE DU MALADE : NOM : SALOU PRENOM : Thérèse DATE DE NAISSANCE : 13/02/1911

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 checked="" type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile	..... V2	01/03/21	300	
<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 checked="" 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"/> Electroencéphalogramme <input type="checkbox"/> Échographie, zone à préciser : <input type="checkbox"/> Autre, à préciser :	Zéro MSA	01/03/21	.....
	
	
	
	
ACTE(S) DISPENSÉ(S) PAR UN AUXILIAIRE MÉDICAL (Kinésithérapeute, 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	2356,60		
Date de la prescription : 01/03/21	Date d'exécution : 03/03/21	428,30		
PHARMACIE / FOURNISSEUR				
Date de la prescription : 01/03/21	Date de délivrance : 02/03/21	40,40		
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 : .....		.....
			
			



الدار البيضاء، في 01/03/2021

SLAOUI* Francoise

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

NFS,plaqueTTes

Ferritinémie

ASAT ALAT

Urée, Crétinine

uricémie

TSH us

Cholesterol total/ HDL/LDL

Triglycérides

Glycémie à jeun

Vitamine D

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

CUR Mohamed Slaoui
Spécialiste: Hépato-Gastro-Chirurgie
PROCTOLOGIE - ENDOSCOPIE - ANGELOSCOPIE
82, Rue SOUMAÏA RENAULT Casablanca, MAROC
Tél: 05 22.23.78.83 Fax: 05 22.25.95.22

DOCTEUR MOHAMED SLAOUI
Spécialiste en Hépato · Gastro · Entérologie



الدكتور محمد الصاوي
أخصائي في أمراض المعدة والأمعاء والكبد والدواسير

Casablanca, le 01 MARS 2021

لدار السبطان، في

Sous: François

Detesteau

40,40

Praticien: EL ANADEF
Mme H.T. EL ARAKI
Mme Soumaya Ben Kaddour
Avocat: Abdellatif Ben Youssef

X L

Dr. MOHAMED SLAOUI
Specialist: Hepato · Gastro · Entérologie
82, Rue Soumaya - Casablanca - Maroc
Tél.: 05 22 23 78 83 - 06 98 97 17 18 - Tel/Fax: 05 22 25 99 87 - Urgence: drsloui@gmail.com - Clinique Longchamps

82, rue Soumaya - Casablanca - Maroc
Dr. MOHAMED SLAOUI
Specialist: Hepato · Gastro · Entérologie
Tél.: 05 22 23 78 83 - 06 98 97 17 18 - Tel/Fax: 05 22 25 99 87 - Urgence: drsloui@gmail.com - Clinique Longchamps

DOCTEUR MOHAMED SLAOUI
Spécialiste en Hépato • Gastro • Entérologie



الدكتور مهند السعيداوي
إختصاصي في أمراض المعدة واللعامنة والكبد والدواء

Casablanca, le 16/3/21 العاشر من مارس في

M — Glenn Franklin

NO. 85 D'Isabrows

$\frac{1}{2}$ week

3008

230

Sela

NBA

6 Years

1. Tools

زنقة سومية، زاوية شارع عبدالمؤمن . الطارق الثاني، عمارة « Fiat - Jeep ». في التحليل . الدار البيضاء، المغرب
82 rue Soumaya, angle boulevard Abdelmoumen • 2^e 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: slaqimed.doc@gmail.com | Clinique Longchamps

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

FACTURE N° 97766

Mutuelle

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. SARA MEKOUE TAZI
1, RUE MOZART - CASABLANCA - MAROC
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	(+)	B	180	
Copro-parasitologie des selles	(+)	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

