

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.

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

Reclamation : 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.

Maladie **Dentaire** **Optique** 83-04 **Autre**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4214 Société : Q A7

Actif Pensionné(e) Autre : ABDELLAH BEN HADDOUANE

Nom & Prénom : ABDELLAH BEN HADDOUANE

Date de naissance : 1953

Adresse : Ville 92 lot A-1 Dib II Ain Dab

Tél. : 062 98 05 21 Total des frais engagés : 3001, 33 DH

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Voir FS C.F.E jointe

Date de consultation : 03,08 à 04/08/21

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Hospitalisation Infection urinaire

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 03/08/21

Le : 03/09/21

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

tes des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		Montant hors hospitalisation 3001,33 D Taux houssement CFE 189 euro

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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

MR ABDELLAOUI HAMDOUNE
VILLA 72 LOTISSEMENT AIN DIAB II
ANFA
20180 CASABLANCA
MAROC

Rubelles, le 18/08/2021

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 remb.	
1	ASSURE : HAMDOUNE - Maladie 03/08/2021 04/08/2021 TOTAL DU DECOMpte	ETR : HOSPITALISATION REFERENCE : 20210818184003 -E	282,23			1	282,23	67 189,09 189,09
Montant total payé en Euros								189,09

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 recevez 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 : 1 53 52 99 350 747 76	Règlement	Référence : 20210818184003
Nom : ABDELLAOUI Prénom : HAMDOUNE		Destinataire : MR OU MME BRICE ABDELLAOUI	Mode : Virement SEPA
			Compte : FR56 3000 2083 3400 0002 6827 D48

Identité du malade : NOM : ABDELLAOUI PRENOM : HADDOUNE DATE DE NAISSANCE : 01/01/1981

DATES ET MOTIF DU SÉJOUR

DU (date d'entrée) : 01/01/2021 AU (date de sortie) : 01/08/2021

Motif de l'hospitalisation (vous avez la possibilité d'adresser le compte-rendu d'hospitalisation sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil) :

Effacement urinaire

DESCRIPTION DES FRAIS FACTURÉS

N° de document	Description des frais facturés	Montant réglé en monnaie locale	Montant éventuellement pris en charge par un organisme local
1	Frais hospitaliers (chambre, lit...)	1000 USD	400 USD
2	Honoraires des praticiens (chirurgien, anesthésiste, cardiologue...)	800 USD	-
3	Autre frais lié à l'hospitalisation (prothèse...)	150 USD	-
1	Total Frais 3001.33		
2	Mesure au fil un droit au Total Tres Cetuy		
3			
4			

N'hésitez pas à compléter plusieurs imprimés si nécessaire

J'atteste sur l'honneur avoir réglé directement la somme globale de 3001.33 DH pour cette hospitalisation concernant Clinique la Source (précisez le bénéficiaire des soins).

Ce règlement correspond au montant Total des frais d'hospitalisation Partiel

Montant éventuellement perçu d'un organisme d'assurance local (joindre les justificatifs) : Neant

Partie II : RÉSERVÉE A L'ÉTABLISSEMENT

Section reserved for the hospital – Parte reservada al Centro Hospitalario

ETABLISSEMENT

Hospital – Centro Hospitalario

NOM : Clinique la Source

Name – Apellidos

ADRESSE COMPLETE : 14 rue Taki Eddine quartier habitation (exclue)

Full address - Dirección completa

SITE INTERNET : www.cliniquelassource.ma

Website - sitio web

Date d'entrée : 01/08/2021
Date of admission – Fecha de entrada

Date de sortie : 01/08/2021
Date of discharge – Fecha de salida

Le directeur de l'Établissement certifie avoir reçu la somme globale de : de 3001.33 DH

The Director of the Establishment certifies having received the total sum of – El Director del Centro Hospitalario certifica que ha recibido la suma global de

De la part de M. – Mme – Melle : AbdellAOUI HADDOUNE
From – Por parte de

En règlement des frais d'hospitalisation du bénéficiaire ci-dessous désigné :
In settlement of the hospitalization costs of the beneficiary below designated
Como pago por los gastos de hospitalización del paciente continuación designado

Nom, Prénom, âge de la personne hospitalisée : ABDELLAOUI HADDOUNE
Name, surname and age of the patient
Apellidos, Nombre y edad de la persona hospitalizada

En service(s) de : clinique urologie
Department(s) of hospitalization – Servicio(s)

Règlement :

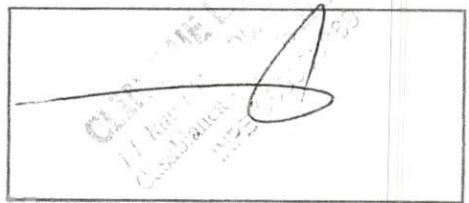
Total Total – Total

Partiel Partial – Parcial

DATE, SIGNATURE ET CACHET DE L'ÉTABLISSEMENT
Date, signature and stamp of the Hospital

Fecha, firma y sello del Centro Hospitalario

14/08/2021



FEUILLE DE SOINS POUR L'HOSPITALISATION A L'ÉTRANGER

Réserve à l'usage exclusif des adhérents de la CFE – A ne pas utiliser pour les hospitalisations 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) : 1115315219913501747126
NOM (en capitales) : J. B. de P. S. de la... le b... le b... le b... Date de naissance : 10/11/01/11/31
Prénom :
Pays où ont été dispensés les soins : AFROD

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

NOM (en capitales) : J. B. de P. S. de la... le b... le b... le b... Date de naissance : 10/11/01/11/31
Prénom : ... le b... le b... le b...
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 (imprimé téléchargeable sur notre site www.cfe.fr, rubrique « les documents à imprimer »)

Pour obtenir des feuilles de soins, 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.
- Veuillez renseigner avec le maximum de précisions et signer la partie I (au recto de la présente feuille de soins).
- Pensez à JOINDRE les factures ORIGINALES détaillées et ACQUITTÉES.
- Faites compléter la partie II par l'établissement (partie réservée à l'établissement au recto du présent document).
- Dans tous les cas, le remboursement est subordonné à l'acquit de vos cotisations à la date de l'hospitalisation.
- Pensez à joindre une 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



14, Rue Taki Eddine (Ex Berne)
Quartier des Hôpitaux - 20000 Casablanca

Tél. : 05 22 20 14 40 /41 - Fax : 05 22 20 13 99

RDV de Consultation d'Urologie (1ère Etage) - Tél. : 05 22 20 14 42/43

www.cliniquelasource.ma - E-mail : contact@cliniquelasource.ma

14, زنقة تفي الدين (بن سابقا)
حي المستشفيات 20000 الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 20 13 99 - فاكس : 05 22 20 14 40/41

موعد لزيارة المسالك البولية الطابق الأول - الهاتف : 05 22 20 14 42/43

FACTURE

N° : 3436 / 2021 du 04/08/2021

Nom patient **ABDELLAOUI HAMDOUNE**
PAYANT

Entrée 03/08/2021

Sortie 04/08/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SOINS INFIRMIRE	1.00		200.00	200.00
CHAMBRE	1.00	CH	500.00	500.00
			<i>Sous-Total</i>	700.00
PHARMACIE	1.00		1 164.33	1 164.33
			<i>Sous-Total</i>	1 164.33
Total Clinique				1 864.33
DR. CHROQUI&BENCHEKRO (anesth& reanimat)	1.00		300.00	300.00
PR. MEZIANE... ()	1.00		300.00	300.00
			<i>Sous-Total</i>	600.00
LB. BOZOUBAA ()	1.00		537.00	537.00
			<i>Sous-Total</i>	537.00
Total Autres prestations				1 137.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS MILLE UN DIRHAMS TRENTE-TROIS CENTIMES

Total 3 001.33

facture > attestation

6/8/2021