

**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](http://www.mupras.com)

Le : ..... / ..... / .....



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 24/02/2022

## 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 24/01/2022 TOTAL DU DECOMPTE	ETR : PHARMACIE REFERENCE : 20220224362031 -E	154,26			1	154,26	65	100,27 100,27

Montant total payé en Euros

100,27

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

Nom :SLAOUI

Prénom :FRANCOISE

Règlement

Référence :20220224362031

Destinataire : MME BURETTE 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) :**

0241087654015384

**NOM (en capitales) :**

SLAOUT

**Date de naissance :**

13/08/41

**Prénom :**

Françoise

**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 mandataires 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 (Imprimé 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)



**ETAT DECLARATIF A COMPLETER PAR L'ADHERENT POUR LES SOINS RECUS A L'ETRANGER**  
QUEL QUE SOIT LE PAYS DE DISPENSE DES SOINS

Identité du malade : NOM : SLAOU BURETTE PRENOM : FRANCOISE DATE DE NAISSANCE : 13/08/1958

Détails des actes médicaux

Nom du praticien  
ou de l'établissement

Date des soins

Montant réglé  
en monnaie  
locale

Montant  
éventuellement  
pris en charge  
l'organisme

- ☐ 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

**CONSULTATIONS**

*Stamp: Centre de Diagnostic Médical - 05 22 22 33 49 / 05 22 22 33 50*

21/01/2011 Gabriel

**CARDIOLOGIE**

- ☒ Electrocardiogramme (ECG)
- ☐ Electrocardiogramme + test d'effort (EFF)
- ☐ Autre acte, à préciser : .....

21/01/2011

**ACTE(S) D'IMAGERIE**

- ☐ Radiographie, zone à préciser : .....
- ☐ Radiographie panoramique
- ☐ Mammographie : ☐ Unilatérale ☐ Bilatérale
- ☐ Scanner
- ☐ IRM
- ☐ Electroencéphalogramme
- ☐ Echographie, zone à préciser : .....
- ☐ Autre, à préciser : .....

21/01/2011

**ACTE(S) DISPENSE(S) PAR UN AUXILIAIRE MEDICAL (Kinésithérapeute, infirmier(e), orthophoniste...)**

Date de la prescription : 21/01/2011

Traitement dispensé du 21/01/2011 au 21/01/2011

Nombre de séances dispensées : 1

Description du traitement : .....

**ANALYSES DE LABORATOIRE**

Date de la prescription : 21/01/2011 Date d'exécution : 21/01/2011

Date de la prescription : 21/01/2011 Date d'exécution : 21/01/2011

**PHARMACIE / FOURNISSEUR**

Date de la prescription : 21/01/2011 Date de délivrance : 21/01/2011

Date de la prescription : 21/01/2011 Date de délivrance : 21/01/2011

Date de la prescription : 21/01/2011 Date de délivrance : 21/01/2011

Date de la prescription : 21/01/2011 Date de délivrance : 21/01/2011

Date de la prescription : 21/01/2011 Date de délivrance : 21/01/2011

*Stamp: Pharmacie EL ANASSER - 05 22 22 33 49 / 05 22 22 33 50*

**CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES**  
**Dr Chadia BENCHEQROUN**  
**Cardiologue**

Ancienne externe des hôpitaux de Paris  
Ancienne interne des hôpitaux de Bordeaux  
Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux  
CES des maladies du cœur et vaisseaux  
Diplômée d'écho-doppler cardiaque et vasculaire  
Membre de la Société Française de Cardiologie  
Filiale Pédiatrique et Filiale d'Echocardiographie

CASABLANCA, LE 21 JANVIER 2021

MADAME SLAOUI BURETTE FRANCOISE

125-6x6

1/ - BI-PRETERAX 5 MG/1,25 MG  
1 CP/J LE MATIN.

114-12x6

2/ - CRESTOR 5 MG  
1 CP/J. LE SOIR.

30, 12x6

3/ - KARDEGIC 75 MG  
1 S/J LE MATIN.

1622.40

TRAITEMENT DE SIX MOIS

الدكتورة بنشقر  
Dr. Chadia BENCHEQROUN  
CARDIOLOGUE  
63, Bd d'Anfa, Angle Rue Washington - Casablanca  
Tél/Fax : 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71





# PHARMACIE EL ANADEL

3 bd abdellatif ben kaddour

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

R.C :

Patente:35600524

T.V.A :

Tél :0522 36 54 38

Le 24/01/2022

**FACTURE N°616462**

N° ICE : 001620659000071

**MME SLAOUI BURETTE FRANÇOISE**

N° IF :

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
6	CRESTOR CO 5MG 28U	114,10	684,60		
6	KARDEGIC ST 75MG 30STS	30,70	184,20		
6	BIPRETERAX CO 5MG 30U	125,60	753,60		
<div>Pharmacie EL ANADEL Mme H. T. EL ARAKI Bd, Abdellatif Ben Kaddour Tél : 0522-36-54-38</div>					
<b>TOTAL T.T.C :</b>				<b>1 622,40</b>	

Nbr Articles

TVA 7% Base :

Montant :

TVA 20% Base :

Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Mille Six Cent Vingt Deux Dirhams et 40 centimes.