

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 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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La 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- 074040

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0768 Société : 107232

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Boulette Françoise ep. Sladon

Date de naissance : 13/08/41

Adresse : Résidence Jamme Ee D

45 Bd Ghannouchi Casablanca

Tél. : 0662 550695 Total des frais engagés : 800,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complement CFE

Date de consultation : 20/01/2022

Nom et prénom du malade : Boulette Françoise Age :

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

Nature de la maladie : 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 : 09/03/22

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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 RADIOGRAPHIQUES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

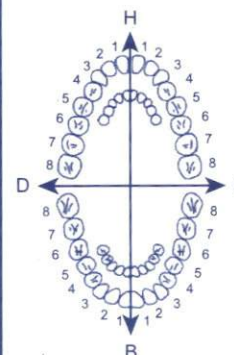
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

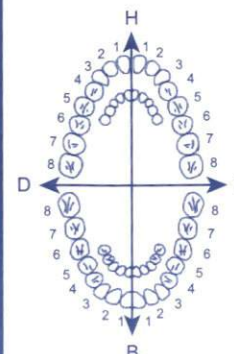
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



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 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 17/02/2022

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 20/01/2022 TOTAL DU DECOMPTE | ETR : SOINS DENTAIRE REFERENCE : 20220217438024 -E | 75,97 | | | 1 | 75,97 | 30 | 22,79 22,79 |

Montant total payé en Euros

22,79

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)

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 :20220217438024 |
| Nom :SLAOUI Prénom :FRANCOISE | | Destinataire : | MME BURETTE FRANCOISE |
| | | Mode : | Virement SEPA |
| | | Compte : | FR76 1820 6004 9000 8083 9315 073 |

FEUILLE DE SOINS DISPENSÉS À L'ÉTRANGER

Réserve 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) :

241 00 76 540 053 84

NOM (en capitales) :

BURETTE SLAOUT

Date de naissance :

13/10/1941

Prénom :

Francine

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 avant-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 baricataires. 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 - 180 rue des Meuniers - 77950 RUBELLES - France

Signature :

[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

QUEL QUE SOIT LE PAYS DE DISPENSE DES SOINS

Identité du malade : NOM : SLAQUI PRENOM : FRANÇOISE DATE DE NAISSANCE : 13/08/41

| Code 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 <input checked="" type="checkbox"/> Spécialiste <input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile | <u>Débrantage + polissage</u> | <u>20/11/22</u> | <u>800</u> | |
| Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste <input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile | | | | |
| Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste <input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile | | | | |
| Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste <input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile | | | | |

CARDIOLOGIE

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

ACTE(S) D'IMAGERIE

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Radiographie, zone à préciser : | | | | |
| Radiographie panoramique | | | | |
| Mammographie : <input type="checkbox"/> Unilatérale <input type="checkbox"/> Bilatérale | | | | |
| Scanner | | | | |
| IRM | | | | |
| Electroencéphalogramme | | | | |
| Chorographie, zone à préciser : | | | | |
| Autre, à préciser : | | | | |

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

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| de la prescription : <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> | | | | |
| ement dispensé du <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> au <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> | | | | |
| bre de séances dispensées : | | | | |
| ription du traitement : | | | | |

ANALYSES DE LABORATOIRE

| | | | |
|--|--|--|--|
| de la prescription : <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> | Date d'exécution : <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> | | |
| de la prescription : <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> | Date d'exécution : <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> | | |

PHARMACIE / FOURNISSEUR

| | | | |
|--|--|--|--|
| de la prescription : <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> | Date de délivrance : <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> | | |
| de la prescription : <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> | Date de délivrance : <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> | | |
| de la prescription : <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> | Date de délivrance : <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> | | |
| de la prescription : <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> | Date de délivrance : <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> | | |
| de la prescription : <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> | Date de délivrance : <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> | | |

AUTRES FRAIS DE SANTÉ

| | | | | |
|-----------------------------|--|--|--|--|
| iption des frais facturés : | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |



Casablanca Oral Rehabilitation
Training & Education Center

Jaâfar MOUHYI D.D.S., Ph.D.
Docteur en chirurgie dentaire
Docteur en sciences dentaires
DES de Parodontologie et
Implantologie
DES de l'assainissement
Régional 2006

Facture :

Casablanca le 20-1-2022

M^{me} SLAONI, FRANÇOISE

Détachage + polissage :
Dx x2. (2 séances)

800 AT

Jaâfar MOUHYI
Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur en Science Dentaire
DES Parodontologie & Implantologie
Ass. N° :
Abou Al Wani R

Bd. Abou Al Wani, Residence Ar-Rajaa, Im. 67 - Bourgogne - Casablanca
Tel : +212 522 364 333 - Cell : +212 661 475 495 - Fax : +212 522 364 334
E-mail : mouhyi@hotmail.fr - cortecabnet@gmail.com