

**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.

**Pathologie 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.

**Prothésaire :**

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 : 2868 Société : 107232  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : Binette Frouse ep. Slouar  
Date de naissance : 13/07/41  
Adresse : Residence Jomnie Ee D  
45 Bd Ghandi Casablanca  
Tél. : 6662 50695 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 : Binette Frouse Age :  
Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
Nature de la maladie : detartrage  
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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 : 29/03/22  
Signature de l'adhérent(e) :





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	Éléments 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)

<b>Assuré</b>	N° de Sécurité Sociale : 2 41 08 76 540 053 84	<b>Règlement</b>	Référence : 20220217438024
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) :

24110017615401053184

NOM (en capitales) :

BURETTE SLAOUI

Date de naissance :

13/10/1941

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 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'amendes 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 :

### 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)

**QUEL QUE SOIT LE PAYS DE DISPENSE DES SOINS**

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

Montant 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 au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile	Dentiste + polissage	20/11/22	800 DA	
Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile				
Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile				
Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile				

**Jaafar MOUHYI**  
Docteur en Chirurgie Dentaire  
Diplômé en Science & Implantologie  
19115 Site & Implantologie  
Abou el West Ras - Rouba

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				
Ultrasonographie, zone à préciser :				
Autre, à préciser :				

ACTE(S) DISPENSÉ(S) PAR UN AUXILIAIRE MÉDICAL (Kinésithérapeute, infirmier(e), orthophoniste...)				
Date de la prescription :     /     /				
Éventuellement dispensé du     /     /     au     /     /				
Nombre de séances dispensées :				
Description du traitement :				

ANALYSES DE LABORATOIRE				
Date de la prescription :     /     /	Date d'exécution :     /     /			
Date de la prescription :     /     /	Date d'exécution :     /     /			

PHARMACIE / FOURNISSEUR				
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 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

Facture :

Casablanca le 20-1-2022

M<sup>me</sup> SAOUI, FRANÇOISE

Détachage + polissage :  
Dx x2. (2 séances)

800 AT

**Jaâfar MOUHYI**  
Docteur en Chirurgie Dentaire  
Docteur en Science Dentaire  
DES Parodontologie & Implantologie  
Abou Al Wani R

Bd. Abou Al Wani, Residence Ar-Raja, Item 67 - Bourgogne - Casablanca  
Tel : +212 522 364 365 - Cell : +212 661 478 495 - Fax : +212 522 364 334  
E-mail : mouhyi@hotmail.fr - contact@met@gmail.com