

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

Radiologie 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.

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 070224

131008
Autres

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4214 Société : R.A.M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Abdelkader Houdane

Date de naissance : 1953

Adresse : Villa 72 lot Air Dich 02 Air Dich

Tél. : 066298571 CASABLANCA

Total des frais engagés : 1090,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

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 : 24/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
	Demande Complément remboursement / CFE			
	depenses	1090,00	ATT Remboursé	76,6 euros
	ATT : note 014 / MURRAS / 21			

[illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div>Coefficient des Travaux</div> <div>Montants des Soins</div> <div>Début d'exécution</div> <div>Fin d'exécution</div>

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412

00000000

21433552

00000000

D

00000000

35533411

G

B

(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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient		
					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		21433552	
	00000000		00000000	
D				G
	00000000		00000000	
	35533411		11433553	
		B		

(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



Casablanca, le 4/08/22 في الدار البيضاء.

M. BASSEM HAMDOUNI

MOUS D'ANORRHEES
1/2 cas yls 3000
K20 4000
Régio 800



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

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

Rubelles, le 06/09/2022

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 : HAMDOUNE - Maladie (100%)	ETR : CONSULTATION SPÉCIALISTE	28,51	25,00		1	25,00	100	25,00
	04/08/2022	ETR : ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX	38,02			1	38,02	72	27,37
	04/08/2022	ETR : BIO. ET ANATOMO-CYTOPATHOLOGIE	37,27			1	37,27	65	24,23
	05/08/2022	REFERENCE : 20220905284021 -E							76,60
	TOTAL DU DECOMPTE								

Montant total payé en Euros 76,60

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 : 1 53 52 99 350 747 76

Règlement

Référence : 20220905284021

Destinataire : MR OU MME BRICE ABDELLAOUI

Mode : Virement SEPA

Compte : FR56 3000 2083 3400 0002 6827 D48

Nom : ABDELLAOUI

Prénom : HAMDOUNE

cfe

Caisse des Français de l'Étranger
La Sécurité sociale des expatriés

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) : 1 | 5 | 3 | 5 | 2 | 9 | 9 | 3 | 8 | 0 | 7 | 4 | 7 | 2 | 6

NOM (en capitales) :

Abdellaoui

Date de naissance :

10 | 11 | 01 | 11 | 53

Prénom :

Houdoune

Pays où ont été dispensés les soins :

2 A 200

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 l'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, 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^{ère} 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 RECUS A L'ETRANGER
QUEL QUE SOIT LE PAYS DE DISPENSE DES SOINS

Identité du malade : NOM : PRENOM : DATE DE NAISSANCE : | | / | | / | |

Détails des actes médicaux

Nom du praticien :
Date des soins :
Lieu de l'établissement :

Montant réglé
en monnaie
locale

Montant
éventuellement
pris en charge par
l'organisme local

- ☐ 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

CONSULTATION(S)	Date	Montant réglé	Montant éventuellement pris en charge
U2	04/08/22	3000	

CARDIOLOGIE

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

Date	Montant réglé	Montant éventuellement pris en charge

ACTE(S) D'IMAGERIE

- ☐ Radiographie, zone à préciser :
☐ Radiographie panoramique
☐ Mammographie : ☐ Unilatérale ☐ Bilatérale
☐ Scanner
☐ IRM
☐ Électroencéphalogramme
☐ Echographie, zone à préciser :
☒ Autre, à préciser : K

Date	Montant réglé	Montant éventuellement pris en charge
Rechocope 04/08/22	4000	

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 : 05/08/22 Date d'exécution : | | / | | / | |
Date de la prescription : | | / | | / | | Date d'exécution : | | / | | / | |

LABORATOIRE TAZI
TAZI Mohamed
BIOLOGISTE
78 Rue d'Alger - Casablanca

PHARMACIE / FOURNISSEUR

Date de la prescription	Date de délivrance
/ /	/ /
/ /	/ /
/ /	/ /
/ /	/ /
/ /	/ /

AUTRES FRAIS DE SANTÉ

Description des frais facturés	Date	Montant réglé	Montant éventuellement pris en charge
	/ /		
	/ /		



Casablanca, le في الدار البيضاء,

04/08/2022

Examen Protologique

ABDELLAOUI Hamdoune

Indication

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES: SYNDROME RECTAL, ATCD DE RADIO CURITHERAPIE PROSTATE
EXAMEN PRATIQUE AVEC DU MATERIEL A USAGE UNIQUE

Examen

INSPECTION: RAS, marisques d'aspect banal

TOUCHER ANO-RECTAL: Le TR est peu douloureux, pas de sang, on retrouve des fécalomes dans le rectum++

ANUSCOPIE: Discrète anite congestive hémorroïdaire

RECTOSCOPIE: La muqueuse du bas rectum est recouverte de fécalomes qui gênent toute exploration fine de la muqueuse rectale

A l'effort de poussée : prolapsus rectal antérieur partiel

Conclusion

FECALOMES DU RECTUM++

PROLAPSUS RECTAL ANTERIEUR PARTIEL

A COMPLETER PAR UN BILAN ET UNE COLOSCOPIE

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

78, Rue d'Alger - CASABLANCA

Tél. : 0522 27 28 08 - 27 53 88 - 27 52 39 . Fax : 0522 29 64 86

I.F 40 30 32 50

ICE 001656516000089 INPE: 093001246

093001246

T P : 35 504 101 - CNSS : 1121946 - R.C. : 187112 01

Casablanca le 5 août 2022

Monsieur ABDELLAOUI HAMDOUNE

FACTURE N°	346959
------------	--------

Analyses :

Bacterio : Copro parasito des selles -----	B	140	Total : B 290
Bactério : Recherche sang / Selles -----	B	150	

TOTAL DOSSIER	390,00 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois Cent Quatre vingt Dix Dirhams

LABORATOIRE TAZI
TAZI Mohamed
BIOLOGISTE
78, Rue d'Alger - Casablanca
Tél: 05 22 27 28 08 - Fax: 05 22 29 64 86

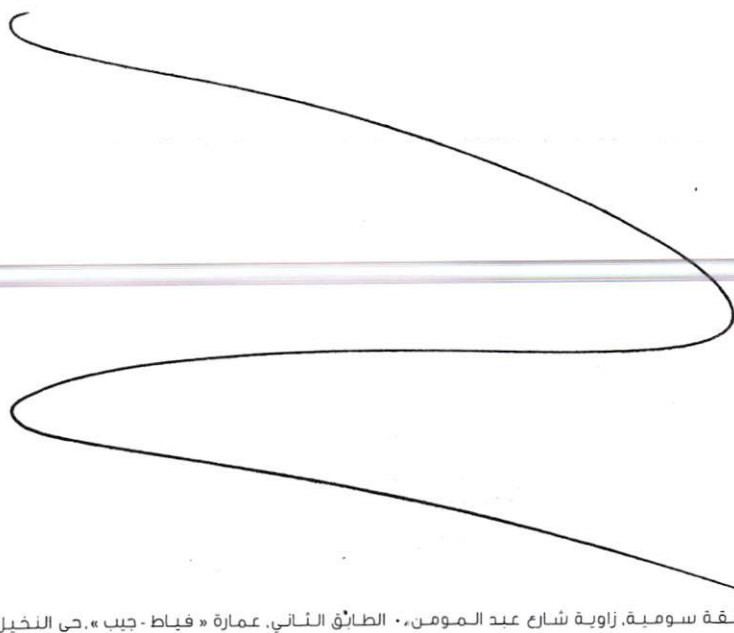


Casablanca, le 04 AOUT 2022 في الدار البيضاء، في

Dr. Abdelhakim Houdou

Dr. Abdelhakim Houdou

1 microcristal de sel





Casablanca, le في الدار البيضاء,

04/08/2022

ABDELLAOUI Hamdoune

Examen copro-parasitologique des selles avec recherche de sang dans les selles
par technique immuno chromatographique (candida?)

LABORATOIRE TAZI
TAZI Mohamed
BIOLOGISTE
78, Rue d'Alger - Casablanca
Tél : 05 22 23 78 83 | 06 98 97 17 18

C



TAZI MOHAMED

مختبر التازي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

NF EN ISO 9001:2008

ASCI

CERTIFICAT MA-2019-XIV

QUALITEM

www.asci-qualitem.fr

PHARMACIENS BIOLOGISTES - DIPLOMES D'ETUDES SPECIALES DE BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE,
HEMATOLOGIE, BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE

TAZI KARIM

Docteur MOHAMED SLAOUI
82, Rue Soumaya, Angle Boulevard Abdelmoumen
2ème étage, Quartier Palmiers
CASABLANCA

Examen du 05/08/22 - Edité le 08/08/22

Monsieur ABDELLAOUI HAMDOUNE

Réf. : 22H218

Page : 1/1

ANALYSES

RESULTATS

UNITES

NORMALES ANTECEDENTS

EXAMENS MICROBIOLOGIQUES

EXAMEN DE SELLES

EXAMEN MACROSCOPIQUE

Moulées-marron

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Déchets celluloseux

Assez abondants

Amidon

Absence.

Fibres musculaires

Rares partiellement digérées

Globules graisseux

Absence.

Cristaux d'acide gras

Absence.

Mucus

Absence.

Cellules épithéliales

Absence.

Leucocytes

Absence.

Hématies

Absence.

Blastocystis

Rares.

Clostridies

Rares.

Parasites

Absence de kystes, d'oeufs et de parasites.

BACTERIOLOGIE

Mac Conkey

Absence d'Escherichia coli pathogenes

Chapman

Pas de Staphylocoques pathogènes

XLD

Pas de germes des groupes "Schigella et Salmonella"

Sabouraud

Stériles

SELLES

RECHERCHE DE SANG DANS LES SELLES

60,0

IFOB

(N: < 75 ng/ml)