

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.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4214 Société : R.A.T

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Abdellahoui H. Abdellah

Date de naissance : 1953

Adresse : Villa 47 lot Ain Dinh 02 Ain Dinh

Tél. : 0662286571 Total des frais engagés : 1090,00 DH 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) : [Signature]

RELEVE 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 CCE plément remboursement / CFE défense 109,00 DHT au honoraires 76,6 euros ATT : moto 014/11/2014/21 100% barème RUPRAS				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

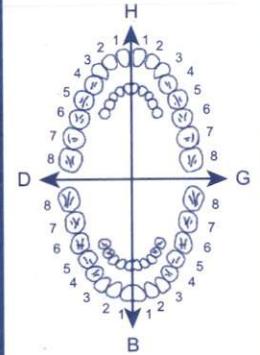
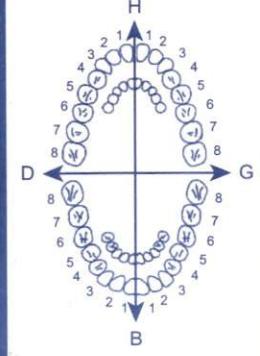
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
ODF PROTHESES DENTAIRES				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le 4/08/22 الطار البيضاء، في

M. BAZILDE HOMMARD.

1000 Dolorores
2 Aesyl 300 DS
KW 400 DS
Rete soh

1000



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 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%) 04/08/2022 04/08/2022 05/08/2022 TOTAL DU DECOMpte	ETR : CONSULTATION SPÉCIALISTE ETR : ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX ETR : BIO. ET ANATOMO-CYTOPATHOLOGIE REFERENCE : 20220905284021 -E	28,51 38,02 37,27	25,00		1 1 1	25,00 38,02 37,27	100 72 65	25,00 27,37 24,23 76,60
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
Nom : ABDELLAOUI Prénom : HAMDOUNE		Destinataire : MR OU MME BRICE ABDELLAOUI	
		Mode : Virement SEPA	Compte : FR56 3000 2083 3400 0002 6827 D48

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) : 1153152199138101747126

NOM (en capitales) : Abdellaoui Date de naissance : 01/11/1953
Prénom : Houmoudoune
Pays où ont été dispensés les soins : Algérie

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 ma situation de droit au moyen d'un accusé de réception.

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 « 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



Casablanca, le
الدار البيضاء، في
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	
Bactério : Recherche sang / Selles -----	B	150	Total : B 290

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
Tel: 05 22 27 28 08 - Fax: 05 22 29 64 86

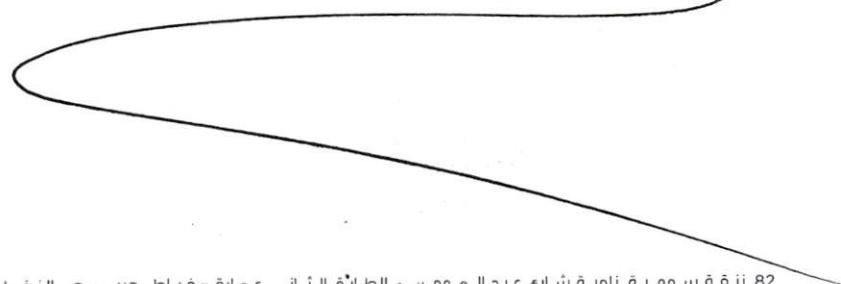
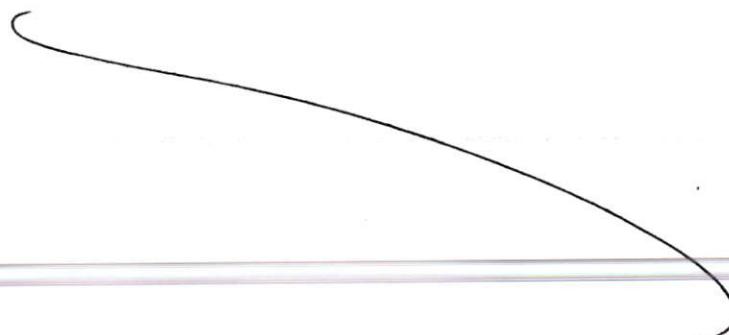


Casablanca, le ١٦ جانفي ٢٠٢٢
الدار البيضاء، في

Mr Abdellah Hachlalou

Dr Rachid Ait El Hocine

Améliorément de mes symptômes





Casablanca, le
الدار البيضاء، في
04/08/2022

ABDELLAOUI Hamdoune

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

LABORATOIRE TA21
TA21 MOHAMMED
BIOLOGISTE
78, Rue Soumaya - Casablanca



TAZI MOHAMED

مختبر التازي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

NF EN ISO 9001:2008
ASC II
CERTIFICAT MA-2015-XIV.
QUALITATEM
www.ascii-qualitatem.fr

TAZI KARIM

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

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

ANALYSESRESULTATSUNITES

Page : 1/1

NORMALES ANTECEDENT**EXAMENS MICROBIOLOGIQUES****EXAMEN DE SELLES****EXAMEN MACROSCOPIQUE**

Moulées-marron

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Déchets cellulaires -----	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 -----	Absence.
Clostridies -----	Rares.
Parasites -----	Rares.
	Absence de kystes, d'oeufs et de parasites.

BACTERIOLOGIE

Mac Conkey -----	Absence d'Escherichia coli pathogènes
Chapman -----	Pas de Staphylocoques pathogènes
XLD -----	Pas de germes des groupes "Schigella et Salmonella"
Sabouraud -----	Stériles

RECHERCHE DE SANG DANS LES SELLES -----

IFOBT

(N:<75 ng/ml)

SELLES

60,0