

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

- 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.

M22- 0032335

Optique **140592** Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **0868** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Bunelle Fawwaz ep. Ibraheem**

Date de naissance : **13/08/41**

Adresse : **Residence Fosmua**

..... **45 pol. Ghoulidi Rose.**

Tél. : **0662550695** Total des frais engagés : **500 000,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

complément CTÉ

Date de consultation : **14/11/2022**

Nom et prénom du malade : **Bunelle Fawwaz** Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **peau et Reactions**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : **Rabat** Le : **13/12/2022**

Signature de l'adhérent(e) : **Fawwaz**

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

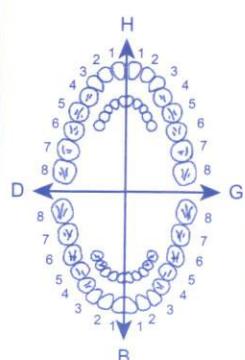
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |



[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



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

MME SLAOUI FRANCOISE
RÉSIDENCE YASMINE
45 BOULEVARD GANDHI ESC D 2^{ÈME} ETAG
CASABLANACA
20370
MAROC

Rubelles, le 09/12/2022

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 14/11/2022 23/11/2022 TOTAL DU DECOMpte | ETR : SOINS DE RÉÉDUCATION KINÉ REFERENCE : 20221209364017 -E | 89,77 | | | 5 | 89,77 | 45 | 40,40 40,40 |

Montant total payé en Euros

40,40

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 | Règlement | Référence : 20221209364017 |
| Nom : SLAOUI Prénom : FRANCOISE | | Destinataire : MME BURETTE FRANCOISE Mode : Virement SEPA Compte : FR76 1820 6004 9000 8083 9315 073 | |

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

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE (obligatoire) :

241087654083

84.

NOM (en capitales) :

SLAOUI

Date de naissance :

Prénom :

FRANCOIS

Pays où ont été dispensés les soins :

Maroc

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE (si il ne s'agit pas de maladie)

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 (si il ne s'agit pas de maladie)

Accident causé par un tiers, indiquez la date :

11/11/11

Accident de travail, indiquez la date :

11/11/11

Maternité, indiquez la date de conception :

11/11/11

(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 les fraudes ou fausses déclarations exposant à l'application de peines, à la radiation, à des peines d'interdiction d'embauchement (articles L766-1 à L766-4 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 d'�professionnalisation de santé, les employeurs itinérants 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 pourrez exercer en nous communiquant votre copie du traitement.

Monsieur le Directeur de la CFE, CFE RELATION CLIENT - 180 rue des Meuliers - 77950 RUEBLES - France

Signature :



RENOUVELLEMENT DES FEUILLES DE SOINS (Imprimé téléchargeable sur notre site www.cfe.fr, rubrique « vos documents »)

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 dossier. N'omettez pas d'indiquer votre numéro de sécurité sociale et de signer la feuille de soins. Le verso doit également être signé.
- 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, analyse, 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, etc.).
- 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

Identité du malade : NOM : SLAOUI PRENOM : François DATE DE NAISSANCE : 13/08/49

| Détails 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)

| | | | | |
|---|---|-------|-----------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste | <input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile | ..... | <u>17/11/11</u> | ..... |
| <input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste | <input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile | ..... | <u>17/11/11</u> | ..... |
| <input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste | <input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile | ..... | <u>17/11/11</u> | ..... |
| <input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste | <input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile | ..... | <u>17/11/11</u> | ..... |
| <input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste | <input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile | ..... | <u>17/11/11</u> | ..... |

CARDIOLOGIE

| | | | | |
|--|-------|-----------------|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> Électrocardiogramme (ECG) | ..... | <u>17/11/11</u> | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> Électrocardiogramme + test d'effort (EFF) | ..... | <u>17/11/11</u> | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> Autre acte, à préciser : | ..... | <u>17/11/11</u> | ..... | ..... |

ACTE(S) D'IMAGERIE

| | | | | |
|--|-------|-----------------|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> Radiographie, zone à préciser : | ..... | <u>17/11/11</u> | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> Radiographie panoramique | ..... | <u>17/11/11</u> | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> Mammographie : <input type="checkbox"/> Unilatérale <input type="checkbox"/> Bilatérale | ..... | <u>17/11/11</u> | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> Scanner | ..... | <u>17/11/11</u> | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> IRM | ..... | <u>17/11/11</u> | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> Électroencéphalogramme | ..... | <u>17/11/11</u> | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> Echographie, zone à préciser : | ..... | <u>17/11/11</u> | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> Autre, à préciser : | ..... | <u>17/11/11</u> | ..... | ..... |

ACTE(S) DISPENSÉ(S) PAR UN AUXILIAIRE MEDICAL (Kinésithérapeute, Infirmier(e), orthophoniste)

| | | |
|---|---|-------|
| date de la prescription : <u>14/11/11/21</u> | Date d'exécution : <u>17/11/11</u> | ..... |
| traitement dispensé du <u>15/11/11/21</u> au <u>23/11/11/21</u> | | |
| nombre de séances dispensées : <u>5 séances</u> | | |
| scription du traitement : <u>AMNG</u> | | |
| <u>5 séances de Rééducation cheville Gauche</u> | <u>Centre KINÉMA</u> <u>Physiothérapie & Rééducation Fonctionnelle</u> <u>108, Bd Ghandi, 16ème arrondissement 75116 Paris</u> <u>01 40 77 70 80</u> <u>01 40 77 70 81</u> <u>Autour 1731</u> <u>de 10h à 12h00</u> | |

ANALYSES DE LABORATOIRE

| | | |
|--|------------------------------------|-------|
| ite de la prescription : <u>17/11/11</u> | Date d'exécution : <u>17/11/11</u> | ..... |
| te de la prescription : <u>17/11/11</u> | Date d'exécution : <u>17/11/11</u> | ..... |

PHARMACIE / COURRIER

| | | |
|---|--------------------------------------|-------|
| te de la prescription : <u>17/11/11</u> | Date de délivrance : <u>17/11/11</u> | ..... |
| te de la prescription : <u>17/11/11</u> | Date de délivrance : <u>17/11/11</u> | ..... |
| te de la prescription : <u>17/11/11</u> | Date de délivrance : <u>17/11/11</u> | ..... |
| te de la prescription : <u>17/11/11</u> | Date de délivrance : <u>17/11/11</u> | ..... |
| te de la prescription : <u>17/11/11</u> | Date de délivrance : <u>17/11/11</u> | ..... |

AUTRES FRAIS DE SANTÉ

| | | | |
|-------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| cription des frais facturés : | <u>17/11/11</u> | <u>17/11/11</u> | <u>17/11/11</u> |
|-------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|



INPE : 090002445

REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE / CHIRURGIE VISCERALE / COELIO CHIRURGIE
NEURO-CHIRURGIE / CHIRURGIE VASCULAIRE / CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE
CHIRURGIE UROLOGIQUE - LITHO TRYPSIE / CHIRURGIE OTO-RHINO - LARYNGOLOGIQUE
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE / CHIRURGIE OPHTALMOLOGIQUE
CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPEDIQUE
CHIRURGIE PLASTIQUE-REPARATRICE

DOCTEUR :

CASABLANCA Le :

14/11/2011

M SGAOUI Fréderic

5 plis
Propriétaire de
la chelle 6

CENTRE KINÉMA
Physiothérapie & Rééducation Fonctionnelle
108, Bd Ghandi, Casablanca, Saghrou
Casablanca, Maroc, 39.77.70
AD, N° 131

Dr. JALI BENNOUINA
TRAUMATO-ORTHOPÉDIE
Casablanca
INP : 91026648

URGENCES 24/24



Physiothérapie & Rééducation fonctionnelle

LEILA GHALLAB

Kiné-thérapeute & Physiothérapeute
Diplômée de l'Université de MLAGA
(Espagne)

108 Bd Ghandi
16 Rue Jalil Ben Nouna Casablanca
Tel/Fax : 022 39 77 70
E-mail : centrerkinema@otenet.ma

FACTURE N ° 111/2022

La somme de : 1000dhs (Soit 200Dhs/séance)

Pour une série de : 5 séances de AMM9

Rééducation de la cheville gauche

Adressé à : Mme SLAOUI FRANCOISE

Durant la période du : 14/11/2022 au 23/11/2022

Sur ordonnance du Docteur : JALIL BENNOUNA

Casablanca le : 23/11/2022

Avec mes remerciements,

CENTRE KINEMA
Physiothérapie & Rééducation fonctionnelle
108, Bd Ghandi, 16 Rue Jalil Ben Nouna
Casablanca Tel/Fax 022 39 77 70
ALT N° 1731