

# 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 prescrivant des analyses ou radiologie doit 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 canaux, 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 canaux.

## 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

M22- 0032335

140592

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0868 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Burelle Françoise ep. Hajar  
 Date de naissance : 13/08/41  
 Adresse : Résidence Yasmine  
 45 bd ghazi Ezz  
 Tél. : 0662550695 Total des frais engagés : 14000,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Complément CFE  
 Date de consultation : 14/11/2022  
 Nom et prénom du malade : Françoise Burelle Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Jeune Rééducation  
 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 : 13/12/2022  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### 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 - RADIOGRAPHIES

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

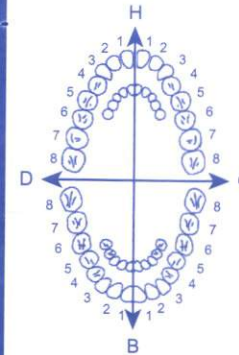
### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

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



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 G  
35533411 11433553  
B

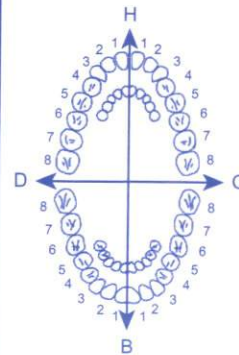
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

**[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 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 09/12/2022

## AVIS DE REGLEMENT

Page 1

N°	Dates	Détail des prestations	Dépense réelle en Euros	Éléments de calcul					Montant du remboursement
				Prix unitaire	Coef.	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)

<b>Assuré</b>	N° de Sécurité Sociale : 2 41 08 76 540 053 84	<b>Règlement</b>	Référence : 20221209364017
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

Reservée 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

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE (obligatoire) : 2 41 08 76 54 03 84

NOM (en capitales) : SLAOUT Date de naissance : 84

Prénom : FRANÇOISE

Pays où ont été dispensés les soins : Roue

### 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, laque

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 not  
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  
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 française, 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 du 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 Im »)

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 vo  
N'omettez pas d'indiquer votre numéro de sécurité sociale et de signer la feuille de soins. Le verso doit également être
- 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 p
- Dans tous les cas, le remboursement des feuilles de soins est subordonné à l'acquit de vos cotisations à la date des s
- 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)



**COMPLÉTER PAR L'ADHÉRENT POUR LES SOINS RECUS À L'ÉTRANGER**  
QUEL QUE SOIT LE PAYS DE DISPENSE DES SOINS

Identité du malade : NOM : SLAOU PRENOM : Françoise DATE DE NAISSANCE : 1308/41

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)**

- ☐ 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

**CARDIOLOGIE**

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

**ACTE(S) D'IMAGERIE**

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

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

Date de la prescription : 14/11/22

Traitement dispensé du 15/11/22 au 23/11/22

Nombre de séances dispensées : 5 séances

Description du traitement :

5 séances de Rééducation cheville Gauche

**CENTRE KINÉMA**  
Physiothérapie & Rééducation Fonctionnelle  
108, Bd Ghandi 16, 93100 Bobigny  
01 83 39 77 70  
AUTAK 731

**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 :    /    /   

Date de la prescription :    /    /   

Date de délivrance :    /    /   

**AUTRES FRAIS DE SANTÉ**

Description des frais facturés :



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 :

14/11/2022

M. SCAOUI Franck

5 plaques réductrices  
proprioceptives de  
la cheville G

**CENTRE KINÉMA**  
Physiothérapie & Rééducation Fonctionnelle  
108, Bd Ghandi - Babou Saghrou  
Casablanca - Tél: 39.77.70  
A.G. N° 1/31

**Dr. JAMAL BENNOUINA**  
TRAUMATO-ORTHOPEDIE  
Casablanca  
INPE 91026948

**URGENCES 24/24**

35, Rue EL ALLOUSSI, Bourgogne ( Face Mosquée Badr ) - Casablanca - Tel : 05 22 49 28 00 - 05 22 49 23 80 / 81/82/83/84 - Fax : 05 22 49 23 86

R.C N° 76809 - TVA N° 817425 - CNSS N° 2571538 - CAPITAL : 6.267.000,00 DH - I.F : 1002301 - I.C.E : 001529932000062



LEILA GHALLAB

Kinésithérapeute & Physiothérapeute  
Diplômée de l'Université de MALAGA  
(Espagne)

108 Bd Ghandi  
16 Rue Jhalil Saghroun - Casablanca  
Tel/Fax : 022 39 77 70  
Email : centrekinema@gmail.com

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 KINÉMA  
Physiothérapie & Rééducation fonctionnelle  
108, Bd Ghandi, 16 Rue Jhalil Saghrou  
Casablanca Tel/Fax : 022 39 77 70  
ALTI N° 1731