

# 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 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- 0032337

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2868 Société : 146041  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Burette Françoise ep. Houn  
 Date de naissance : 13/08/41  
 Adresse : Résidence fermée  
 15 Bd Ghazi el-Machouk  
 Tél. : 066250695 Total des frais engagés : 2361,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Copie  
 Date de consultation : 03.01.2022  
 Nom et prénom du malade : Burette Françoise ep. Houn Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 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 : Le :  
 Signature de l'adhérent(e) :

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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

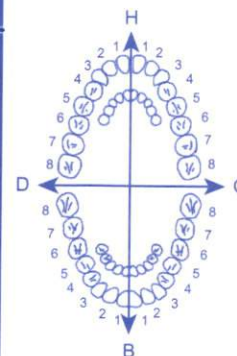
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 00000000 G  
35533411 11433553  
B

[Création, remont, adjonction]

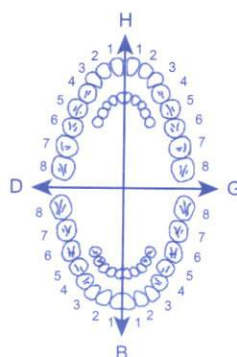
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



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 17/01/2023

## 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<br>03/01/2023 03/01/2023<br>12/01/2023 12/01/2023<br>12/01/2023 13/01/2023<br>TOTAL DU DECOMPTE | ETR : ACTES TECHNIQUES MEDICAUX<br>ETR : CONSULTATION SPÉCIALISTE<br>ETR : PHARMACIE<br>REFERENCE : 20230117I00467 -E | 71,84<br>36,42<br>106,03      | 25,00              |        | 1<br>1<br>1 | 71,84<br>25,00<br>106,03 | 55<br>70<br>65 | 39,57<br>17,50<br>68,92<br>125,99 |
|    |  |   | NUMERO DE DEMANDE : 230053626 |                    |        |             |                          |                |                                   |

Montant total payé en Euros

125,99

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 : 20230117I00467 |
| 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 - 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 page

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE (obligatoire): 2 41 108 76 54 0053

NOM (en capitales):

BURETTE SLOUT

Date de naissance: 13/01

Prénom:

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 les fraudes ou fausses déclarations exposant à l'application de pénalités, à la radiation, à des peines d'amende et/ou d'emprisonnement (articles L766-1-3 et L766-2 du Code de la Sécurité Sociale - articles 313-1, 313-2-3, 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 marocains 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 - 77850 RUBELLES - France

Signature:

*B. Lhau*

### RENOUVELLEMENT DES FEUILLES DE SOINS (l'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'oubliez pas d'indiquer votre numéro de sécurité sociale et de signer la feuille de soins. Le verso doit également être complété.

● 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 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.



**ETAT DECLARATIF A COMPLETER PAR L'ADHERENT POUR LES SOINS RECUS A L'ETRANGER**  
QUEL QUE SOIT LE PAYS DE RENDU DES SOINS

Identité du malade : NOM SCADOU PRENOM Karim DATE DE NAISSANCE : 1/1/1971

Détails des actes médicaux

Nom du praticien  
ou de l'établissement

Date des soins

Montant réglé  
ou monnaie  
locale

Montant  
éventuellement  
pris en charge  
Paysanone K

**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

12/06/2023 2000

12/01/23 100,00

**CARDIOLOGIE**

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

**ACTES D'IMAGERIE**

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

03/04/23 800 dh

**ACTES DISPENSE(S) PAR UN AUXILIAIRE MEDICAL (kinésithérapeute, infirmier, etc.)**

Date de la prescription : 1/1/1/1

Traitement dispensé du 1/1/1/1 au 1/1/1/1

Nombre de séances dispensées : 1

Description du traitement :

**ANALYSES DE LABORATOIRE**

Date de la prescription : 1/1/1/1

Date d'exécution : 1/1/1/1

Date de la prescription : 1/1/1/1

Date d'exécution : 1/1/1/1

**PHARMACIE / FOURNISSEUR**

Date de la prescription : 12/01/23

Date de délivrance : 13/04/23

1.464.60

Date de la prescription : 1/1/1/1

Date de délivrance : 1/1/1/1

Date de la prescription : 1/1/1/1

Date de délivrance : 1/1/1/1

Date de la prescription : 1/1/1/1

Date de délivrance : 1/1/1/1

Date de la prescription : 1/1/1/1

Date de délivrance : 1/1/1/1

**AUTRES FRAIS DE SANTE**





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 ORTHOPÉDIQUE

CHIRURGIE PLASTIQUE-REPARATRICE

**DOCTEUR :**

**CASABLANCA** Le :

14/11/2011

SLAOUI Françoise

oste's due to the the

200,00 dh

~~Lohmann & Frenschel Maroc~~

15. Prin. Sarc. Beut. Zoonidat

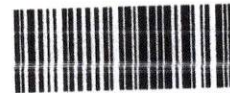
Quartier Palmer - Casablanca

**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





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 :

12/01/2009

*Mr Sghoui F. El Anadi*

193,60  
x6

*Fr Sghoui*

*1 ep 2 places  
low stn reply over  
1/2 verre d'eau*

*Haituel & G. El Anadi*

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





# FACTURE

N° : 202300297 / 2023 du 12/01/2023

Nom patient **BURETTE FRANCOISE MARIE MADELEINE**  
**PAYANT**

Entrée 12/01/2023

Sortie 12/01/2023

Désignation des prestations

Nombre Lettre Clé Prix Unitaire Montant

FRAIS CLINIQUE

1,00

100,00

100,00

Sous-Total

100,00

Total Clinique

100,00

DR. BENNOUNA JALIL (orthopedique)

1,00 CS

300,00

300,00

Sous-Total

300,00

Total Autres prestations

300,00

rrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENTS DIRHAMS

Total

400,00

CLINIQUE BADR  
55 Rue EL ALLOUSSI, Bourgogne  
Casablanca  
Tel: 05 22 49 28 00





3 bd abdellatif ben kaddour

Patente:35600524

R.C :

T.V.A :

Tél :0522 36 54 38

pharmacien diplômé de l'université de CAEN  
HOMEOPATHIE-PHYTOTHERAPIE-HERBORISTE

Le 13/01/2023

**FACTURE N°664576**

N° ICE : 001620659000071

N° IF :

**MME SLAOUI FRANÇOISE**

ICE N° :

| Qté   | Désignation                  | PPV Unitaire | Total BRUT | Dont TVA        | % Taux |
|---|------------------------------|--------------|------------|-----------------|--------|
| 6   | FOSAVANCE CO 70MG/5600UI 4 U | 193,60       | 1 161,60   |                 |        |
| <div>pharmacie EL ANDEL<br/>Mme H.T. EL ARAKI<br/>Bd abdellatif Ben Kaddour<br/>Tél : 0522 36 54 38</div> |                              |              |            |                 |        |
| <b>TOTAL T.T.C :</b>  |                              |              |            | <b>1 161,60</b> |        |

Nbr Articles

TVA 7% Base :

Montant :

TVA 20% Base :

Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :  
**Mille Cent Soixante Un Dirhams et 60 centimes.**



**مركز الفحص الطبي بالأشعة الروداني**  
**CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI**

Dr. Houriya AMRANI MIKOU  
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH  
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI  
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI  
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -  
Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie  
Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie  
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, le 03/01/2023

FACTURE N° : FA:00 48/23  
Nom : SLAOUI FRANCOISE

Arrêtée la présente facture à la somme de : 800,00 Dhs

**HUIT CENTS DHS**

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

EXAMEN OSTEODENSITOMETRIE 800,00 Dhs

Total de : 800,00 Dhs

Mode de règlement CHEQUE

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI, S.A.R.L. au capital de 2.300.000,00 DH  
400, Bd Brahim Roudani 1<sup>er</sup> étage - Maârif, 20100 Casablanca - E-mail : roudani.orr@gmail.com / www.crr.ma  
Tél.: 0522 23 50 70 / 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68  
RC : 500035 - CNSS : 2097443 - TP : 35700736 - IF : 01000601 - ICE : 001719187000040