

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.

146041

0868

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

146041

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 - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

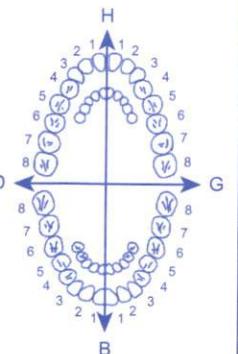
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES												
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: right; padding-right: 10px;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: left; padding-left: 10px;">25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412 21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	
H	25533412 21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession												
Coefficient des Travaux Montants des Soins Date du devis Date de l'exécution												
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^{EME} ETAG
CASABLANACA
20370
MAROC

Rubelles, le 17/01/2023

AVIS DE REGLEMENT

Pâge 1

N°	Dates	Détail des prestations	Dépense réelle en Euros	Eléments de calcul					Montant du remboursement
				Prix unitaire	Coeff.	Nbre	Base de remb	Taux	
1	ASSURE : FRANCOISE - Maladie 03/01/2023 03/01/2023 12/01/2023 12/01/2023 12/01/2023 13/01/2023 TOTAL DU DÉCOMpte	ETR : ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX ETR : CONSULTATION SPÉIALISTE ETR : PHARMACIE REFERENCE : 20230117I00467 -E	71,84 36,42 106,03 NUMERO DE DEMANDE : 230053626		25,00	1	71,84 25,00 106,03	55 70 65	39,57 17,50 68,92 125,99

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)

Assuré	N° de Sécurité Sociale : 2 41 08 76 540 053 84	Règlement	Référence : 20230117I00467
Nom : SLAOUI Prénom : FRANCOISE		Destinataire : MME BURETTE FRANCOISE Mode : Virement SEPA Compte : FR76 1820 6004 9000 8083 9315 073	

FEUILLE DE SOINS DISPENSÉS À L'ETRANGER

Renseignez à l'aide d'une feuille exclusive des adhérents de la CFE. A ne pas utiliser pour les admissions en étapes.

Pour vous aider à renseigner cette feuille de soins, vous êtes invité(s) à vous référer aux conseils pratiques en bas.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE (obligatoire) :

2 141108 761560053

NOM (en capitales) :

BURETTI S. AOUA

Date de naissance : 13/02/11

Prénom :

Pays où ont été dispensés les soins :

Maroc

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE (s'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 ayant-droits

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 planifier 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 L768-1-3 et L768-4 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 individuels et leurs organisations syndicales. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficierez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant, que vous pourrez exercer via votre www.cfe.fr (rubrique « vos données »).
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 dispensées 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'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^{er} envoi de feuille(s) de soins.

ETAT DECLARATIF A COMPLETER PAR L'ADHERENT POUR LES SOINS RECUS A L'ETRANGER
 MURET SURE SOUS ETAT DE LA COUVERTE D'ASSURANCE DES SOINS

Identité du malade : **NOM** SIAOUI

PRENOM Yacine

DATE DE NAISSANCE 11/11/11

Détails des actes médicaux

CONSULTATION

Date des soins

Montant réglé
en monnaie
locale

Montant
éventuellement
pris en charge
l'étranger

- 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

12/01/23 Saoudi

12/01/23

100,00

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

CARDIOLOGIE

12/01/23
12/01/23
12/01/23

- Radiographie, zone à préciser :
 Radiographie panoramique
 Mammographie : Unilatérale Bilatérale
 Scanner
 IRM
 Électroencéphalogramme
 Échographie, zone à préciser :
 Autre, à préciser : Océan

ACTE(S) D'IMAGERIE

12/01/23
12/01/23
12/01/23
12/01/23
12/01/23
12/01/23
12/01/23
12/01/23
12/01/23
03/01/23 800 Dh

date de la prescription : 12/01/23

traitement dispensé du 12/01/23 au 12/01/23

nombre de séances dispensées : 1

description du traitement :



ANALYSES DE LABORATOIRE

date de la prescription : 12/01/23

Date d'exécution : 12/01/23

date de la prescription : 12/01/23

Date d'exécution : 12/01/23

date de la prescription : 12/01/23

Date de délivrance : 12/01/23

date de la prescription : 12/01/23

Date de délivrance : 12/01/23

date de la prescription : 12/01/23

Date de délivrance : 12/01/23

date de la prescription : 12/01/23

Date de délivrance : 12/01/23

date de la prescription : 12/01/23

Date de délivrance : 12/01/23

PHARMACIE / FOURNISSEUR

date de la prescription : 12/01/23

Date de délivrance : 12/01/23

1161.62

date de la prescription : 12/01/23

Date de délivrance : 12/01/23

date de la prescription : 12/01/23

Date de délivrance : 12/01/23

date de la prescription : 12/01/23

Date de délivrance : 12/01/23

date de la prescription : 12/01/23

Date de délivrance : 12/01/23

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 ORTHOPEDIQUE
CHIRURGIE PLASTIQUE-REPARATRICE

DOCTEUR :

CASABLANCA Le :

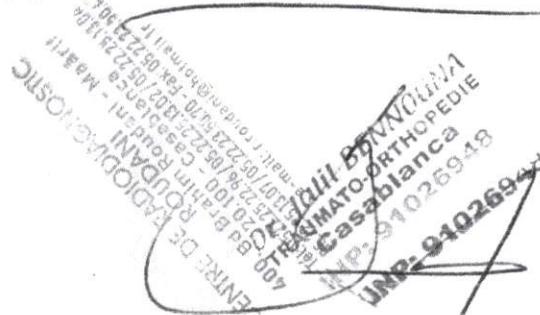
14/11/2011

M SlAOUI Fréderic

Osteo illus' to kel hei

200,00 Dhs

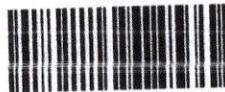
Lohmann & Rauscher Maroc
15, Rue Sidi Bouzid Zouhair
Quartier Palmer - Casablanca
Tel: 05 22 49 12 70/80 - Fax: 05 22 19 12 06



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

M. Sbaoui Frédéric

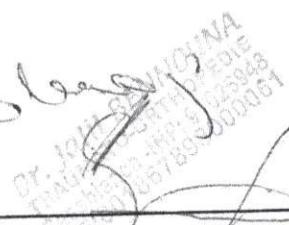
193,60
x 6

Fr Soral

180 Teller
1161,60 Ile de Noy Oee
1h veue d'eau

Nord et Gengis

URGENCES 24/24



35, Rue EL ALLOUE, 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



Urgence 24/24

INPE : 090002445

F A C T U R E

N° : 202300297 / 2023 du 12/01/2023

Nom patient **BURETTE FRANCOISE MARIE MADELEINE** Entrée **12/01/2023**
PAYANT Sortie **12/01/2023**

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE				
	1,00		100,00	100,00
			100,00	100,00
Total Clinique				100,00
DR.BENNOUNA JALIL (orthopedique)				
	1,00	CS	300,00	300,00
			300,00	300,00
Total Autres prestations				300,00

rrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENTS DIRHAMS

Total 400.00

~~Clinique de l'ADR~~
35, Rue Alphonse L'Olivier
Casablanca
Tél.: 06 22 49 28 00



3 bd abdellatif ben kaddour

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

R.C.

Patente:35600524

TVA:

Tél : 0522 36 54 38

Le 13/01/2023

FACTURE N°664576

N° ICE : 001620659000071

MME SLAOUI FRANÇOISE

N° IF:

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
6	FOSAVANCE CO 70MG/5600UI 4 U	193,60	1 161,60		

TOTAL T.T.C :

1 161,60

Nbc 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 الروdanی
CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH
Dr. Wafae MSEFER FAROUKI
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 Spiralé - 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) :

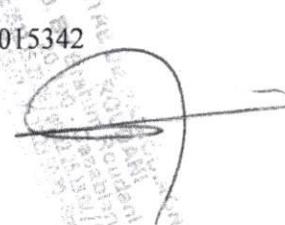
EXAMEN OSTEODENSITOMETRIE 800,00 Dhs

Total de : 800,00 Dhs

Mode de règlement CHEQUE

ATTIJARI WAFA BANK /00778000035790000015342

INPE : 090000324



CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI, S.A.R.L. au capital de 2.300.000,00 DH
400, Bd Brahim Roudani 1^{er} étage - Maârif, 20100 Casablanca - E-mail : roudani.crr@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